

Troubles de la conduction cardiaque et grossesse : cas clinique

Dr Renaud Fouché
Hôpital Nord Franche Comté

CNCH Paris 23/11/2018

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



Conflits d'intérêt :

Consultance :

Laboratoires Abbott, Biotronik,
Livanova

Données actuelles de la littérature

- ❑ **Les troubles du rythme et de la conduction ont un pronostic favorable pendant la grossesse, en l'absence de cardiopathie sous-jacente**
- ❑ **DS : rares cas de bradycardie sinusale en position dorsale : changement de position**
- ❑ **BAV congénitaux isolés : évolution favorable surtout si QRS fins**

Implantations de prothèses :

- ❑ **Recommandations ESC portent plus sur les DAI que les PM**
- ❑ **Si une implantation est indiquée : la pratiquer avant la grossesse**
- ❑ **Si indication pendant la grossesse, risque faible pour la mère et le fœtus, APRES la 8^{ème} semaine.**

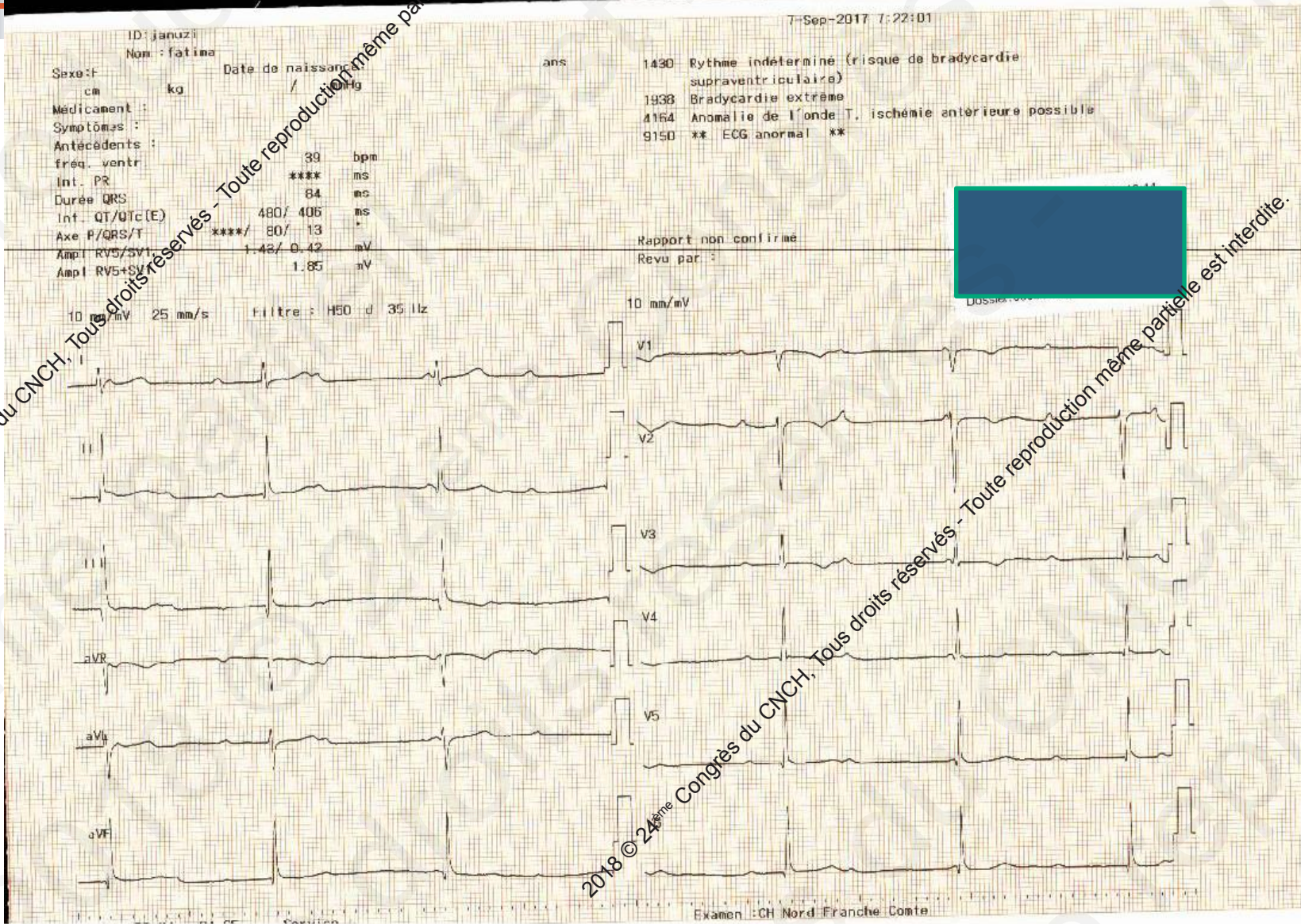
Données actuelles de la littérature

- ❑ Les examens où le fœtus est à distance de la région explorée (crâne, thorax, extrémités) peuvent être réalisés sans risque.
- ❑ Les principales méthodes utilisées pour réduire la dose au fœtus consistent à : diminuer la taille du champ irradié au strict nécessaire, choisir l'incidence du faisceau primaire de telle sorte qu'il soit le plus éloigné du fœtus, choisir des paramètres d'exposition appropriés, et s'assurer que la durée d'exposition est aussi faible que possible.
- ❑ Enfin, l'utilisation d'un tablier plombé pour arrêter le faisceau primaire en regard du fœtus n'a pas d'effet significatif, mais peut rassurer la patiente et le personnel. Dans ce cas l'utilisation du tablier est recommandée sous réserve qu'il ne remette pas en cause la qualité de l'intervention.

Cas clinique :

- ❑ **01/09/2017 : 18 ans, réfugiée politique, non francophone**
- ❑ **G1P0, terme prévu le 28/10/2017**
- ❑ **Aucuns ATCD cardiaques ni FDRCV**
- ❑ **Cs MT pour douleurs abdominales : SS au foyer aortique, bradycardie irrégulière 42/mn**
- ❑ **ECG : BAV3**

Cas clinique :



2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Cas clinique.

- ❑ **Aucune symptomatologie fonctionnelle actuelle ou ancienne**
 - ❑ **EX : SS 2/6, IVG = IVD = 0**
 - ❑ **Bio : RAS, sérologie de Lyme négative**
 - ❑ **ETT : Bicuspidie probable, RAS par ailleurs**
 - ❑ **Contractions ds la nuit : spasson atarax**
- FC 120 bpm**

Cas clinique :

- ❑ **Donc : 18 ans, primipare, BAV 3 très probablement congénital totalement asymptomatique, QRS fins.**
- ❑ **Rythme d'échappement 35 à 40/mn**
- ❑ **Indication de PM retenue, mais on propose une implantation après l'accouchement**
- ❑ **Pression majeure des anesthésistes...**

SERVICE DE CARDIOLOGIE ET SOINS INTENSIFS
Site André BOULLOCHE 25209 MONTBELIARD CEDEX
☎ 03.81.98.81.96

PACEMAKER - PRIMO IMPLANTATION
INTERVENTION N° 9688, LE 07/09/2017

JANUZI FATIMA, 05/03/1999

- **Opérateurs:** Dr FOUCHÉ Renaud
- **Infirmières:** Mme ZEMP Maria, Mme VERDOT Sandra
- **Correspondant:** Dr FOUCHÉ Renaud
- **Indication:** BAV 3
- **Degré d'urgence:** Hospitalisé.
- **Heure entrée salle :** 12:17
- **Temps procédure :** 21 min
- **Heure sortie salle :** 13:06

TECHNIQUE

Après anesthésie locale, une incision est réalisée dans le sillon pré-pectoral gauche. Réalisation de la loge du stimulateur en pré-pectoral gauche. Fermeture par strips

Médicaments administrés :

PRIMPERAN : 10 MG IV à 12:20.

HYPNOVEL : 2,5 MG ORAL à 12:20.

NUBAIN : 10 MG IV à 12:20.

DOSIMETRIE

Salle: GEHC Discovery IGS 740, N°X4190701, mise en service en Février 2017.

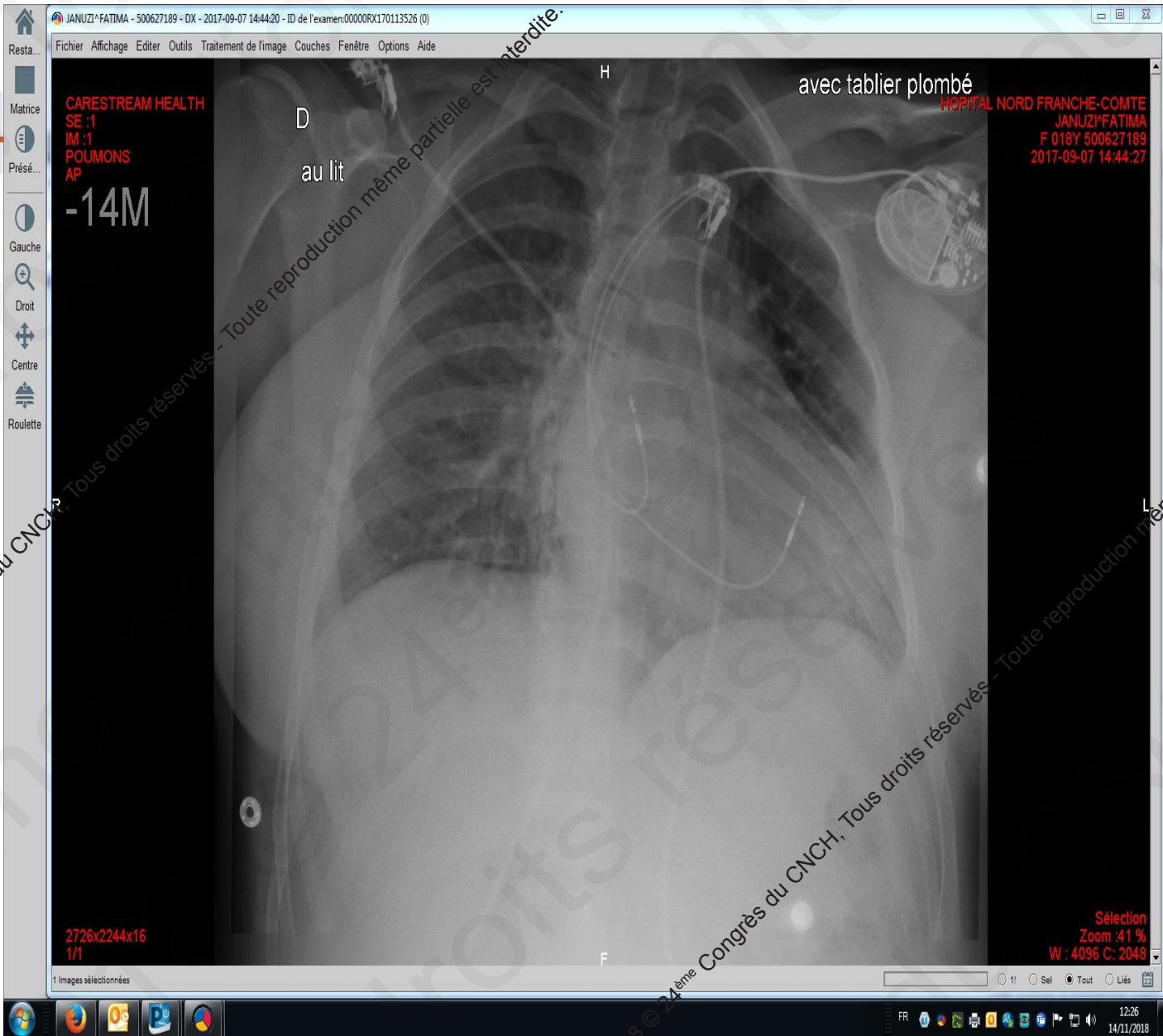
Temps de scopie : 1,52 mn, **Dose Totale :** 81,6 cGy.cm².

MATERIEL IMPLANTE

- - PM2272 ASSURITY MRI DR (St Jude) N° 4910801.
- - TENDRIL 2088TC/52 (St Jude) N° CNY356836.
- - TENDRIL 2088TC/58 (St Jude) N° CPA434917.

Cas clinique.

- ❑ Intervention très simple, prémédication habituelle
- ❑ Protection du ventre de la patiente par un tablier de Pb
- ❑ Temps de scopie limité au maximum : 110 s
- ❑ Suites parfaitement simples



- ❑ **En l'absence de Cardiopathie sous-jacente, les TDR et TDC ont un bon pronostic au cours de la grossesse**
- ❑ **Si une implantation doit être effectuée après S8**
- ❑ **Intervention plutôt simple, prémédication classique**
- ❑ **Tablier de Pb inutile???**