

la grossesse. Les cardiopathies congénitales opérées peuvent, par analogie avec les cardiopathies congénitales natives, être classées en trois niveaux de risque (cf *tableau page précédente*), sachant que cette classifi-

cation est arbitraire et susceptible d'être modifiée en fonction de l'évolution des thérapeutiques. Un bilan complet comprenant l'étude rigoureuse des antécédents et en particulier des comptes rendus opératoires,

une échographie, une épreuve d'effort voire une VO2 max, devra être effectué avant la grossesse avant d'autoriser celle-ci et afin de prévenir la patiente des risques éventuels.

Références

- [1] Warnes C.A., The adult with congenital heart disease. Born to be bad ? *J Am Coll Cardiol* 2005 ; 46 : 1-8.
- [2] Weiss BM, Zemp L, Seifert B, Hess OM. Outcome of pulmonary vascular disease in pregnancy : a systematic overview from 1978 through 1996. *J Am Coll Cardiol*. 1998 ; 31 : 1650-7.
- [3] Ross-Ascuitto N, Ascuitto RJ, Darnell J. A pregnant woman with moderate pulmonary hypertension. *Pediatr Cardiol* 1995 ; 16 : 31-2.
- [4] Drenthen W, Pieper PG, Van Der Tuuk K et al. Cardiac complications relating to pregnancy and recurrence of disease in the offspring of women with atrioventricular septal defects. *Eur Heart J* 2005 ; 26 : 2581-7.
- [5] Vriend JW, Drenthen W, Pieper PG et al. Outcome of pregnancy in patients after repair of aortic coarctation. *Eur Heart J*. 2005 ; 26 : 2173-8.
- [6] Veldtman GR, Connolly HM, Grogan M, Ammask NM, Warnes CA. Outcomes of pregnancy in women with tetralogy of Fallot. *J Am Coll Cardiol* 2004 ; 44 : 174-80.
- [7] Presbitero P, Somerville J, Stone S, Aruta E, Spiegelhalter D, Rabajoli F. Pregnancy in cyanotic congenital heart disease. Outcome of mother and fetus. *Circulation* 1994 ; 89 : 2673 - 6.
- [8] Canobbio MM, Mair DD, Van Der Velde M, Koos BJ. Pregnancy outcomes after the Fontan repair. *J Am Coll Cardiol* 1996 ; 28 : 763-7.
- [9] Guedes A, Mercier LA, Leduc L, Berubé L, Marcotte F, Dore A. Impact of pregnancy on the systemic right ventricle after a Mustard operation for transplantation of the great arteries. *J Am Coll Cardiol* 2004 ; 44 : 433-7.
- [10] Canobbio MM, Morris CD, Graham TP, Landzberg MJ. Pregnancy outcomes after atrial repair for transposition of the great arteries. *Am J Cardiol* 2006 ; 98 : 668-72.
- [11] Connolly H, Warnes C. Ebstein's anomaly : outcome of pregnancy. *J Am Coll Cardiol* 1994 ; 23 : 1194-8.
- [12] Bonow RO, Carabello BA, Kanu C et al. ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease : Executive summary. A report of the American College of Cardiology / American Heart Association. Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2006 ; 48 : 598-675.
- [13] El Shaer F, Hassan W, Latroche B et al. Pregnancy has no effect on the rate of structural deterioration of bioprosthetic valves : long-term 18 year follow-up results. *J Heart Valve Dis* 2005 ; 14 : 481-5.
- [14] Yap SC, Drenthen W, Pieper PG et al. Outcome of pregnancy in women after pulmonary autograft valve replacement for congenital aortic valve disease. *J Heart Valve Dis* 2007 ; 16 : 398-403.
- [15] Lambaudie E, Depret-Mosser S, Ocelli B et al. Syndrome de Marfan et grossesse. À propos de 4 cas. *Gyn Obst Fert* 2002 ; 30 : 567-15. ■

Réponses aux QCM du n° 322

QCM n° 1

Dans une population occidentale, le rétrécissement aortique calcifié :

- 1) a une prévalence de 26 % après 65 ans ;
- 2) a une prévalence de 2 à 3 % après 65 ans ;
- 3) a une prévalence < 1 % après 65 ans ;
- 4) est la valvulopathie la plus fréquemment prise en charge en milieu hospitalier en Europe ;
- 5) survient plus fréquemment en cas de bicuspidie.

QCM n° 2

Une échocardiographie à l'effort chez un patient porteur d'un RAC asymptomatique est considérée comme anormale lorsque :

- 1) le gradient moyen trans valvulaire augmente de moins de 18 mmHg ;
- 2) le gradient moyen trans aortique augmente de plus de 18 mmHg ;
- 3) la fraction d'éjection augmente lors de l'effort ;
- 4) la fraction d'éjection diminue lors de l'effort ;
- 5) la fraction d'éjection reste stable lors de l'effort.

QCM n° 3

À propos des critères de sévérité d'une sténose aortique, donner les réponses vraies :

- 1) en cas de fraction d'éjection conservée, un pic de vitesse transvalvulaire > 4,0 m/s est un bon critère de RAC sévère ;
- 2) en cas de fraction d'éjection conservée, une surface valvulaire ≤ 1,0 cm² est le plus souvent concordante avec un gradient moyen > 40 mmHg ;
- 3) en cas de fraction d'éjection basse (< 40 %), un gradient moyen < 40 mmHg est compatible avec RAC sévère (RAC en bas débit) ;
- 4) en cas de fraction d'éjection conservée, un gradient moyen > 40 mmHg est un bon critère de RAC sévère ;
- 5) en cas de fraction d'éjection conservée, la cause la plus fréquente de diminution des gradients associée à une surface valvulaire < 0,8 cm² est une erreur de calcul de la surface aortique.

QCM n° 4

Les conditions suivantes sont actuellement requises pour l'implantation d'une prothèse valvulaire aortique par voie percutanée :

- 1) sténose aortique serrée ;
- 2) symptômes ;
- 3) diamètre iliaque < 5 mm ;
- 4) contre-indication à la chirurgie de remplacement valvulaire aortique ;
- 5) absence de toute insuffisance mitrale ;
- 6) anneau aortique > 27 mm.