



La cardiomyopathie du péripartum compliquée d'une ischémie aiguë du membre inférieur droit par thrombus: à propos d'un cas.

Peripartum cardiomyopathy complicated by acute ischemia of the right lower limb due to thrombus: a case report

Souleymane Ibrahim A^{1*}, Salia H², Bonkano O², Arab R², Ibro H², Soumana K², Altine S. R², Couldiati I²

Reçu le 21-05-2024

Accepté le 30-05-2026

Publié le 30-06-2026

Mots-clés Résumé

Cardiomyopathie du péripartum, Thrombus intracardiaque, Ischémie aiguë du membre, Thrombolyse

Introduction : La cardiomyopathie du péripartum (CMPP) ou syndrome de Meadows, est une cause grave d'insuffisance cardiaque chez la femme jeune. Elle peut se compliquer d'événements thromboemboliques. L'objectif de ce travail était de rapporter la prise en charge d'un cas d'une ischémie aiguë du membre inférieur sur une cardiomyopathie du péripartum.

Observation : Il s'agissait d'une patiente âgée de 17ans, primipare, admise trois mois après son accouchement pour une dyspnée de stade IV de la NYHA associée à des œdèmes des membres inférieurs. L'interrogatoire n'a retrouvé aucun antécédent pathologique particulier, avant ou pendant la grossesse. A l'admission la patiente était consciente avec un état général stade 2 de l'OMS. L'échographie a montré une cardiomyopathie dilatée avec fraction d'éjection ventriculaire gauche très altérée et la présence de thrombus apicaux intraventriculaires gauches. Malgré le traitement médical instauré, l'évolution a été marquée au troisième jour par l'apparition brutale d'une douleur du membre inférieur droit, avec froideur et abolition des pouls distaux. Le doppler artériel a objectivé une interruption du flux au niveau de l'artère poplitée, en faveur d'une ischémie aiguë du membre. Une thrombolyse par urokinase a permis la restauration de la perfusion et la disparition des symptômes.

Conclusion : Ce cas souligne l'intérêt d'une surveillance rapprochée des patientes atteintes de cardiomyopathie du péripartum compliquée de thrombus intracardiaque et l'urgence d'une prise en charge rapide d'une complication thromboembolique afin de préserver le pronostic fonctionnel et vital.

Keywords Abstract

Peripartum cardiomyopathy, Intracardiac thrombus, Acute limb ischemia, thrombolysis

Introduction: Peripartum cardiomyopathy (PPCM), or Meadows syndrome, is a severe cause of heart failure in young women. It can be complicated by thromboembolic events. The objective of this study was to report the management of a case of acute lower limb ischemia complicating peripartum cardiomyopathy.

Case report: The case involved a 17-year-old primiparous patient, admitted three months postpartum for NYHA class IV dyspnea associated with lower limb edema. Patient history revealed no significant medical antecedents before or during pregnancy. Upon admission, the patient was conscious with a WHO performance status of 2. Echocardiography revealed a dilated cardiomyopathy with a severely reduced left ventricular ejection fraction and the presence of left intraventricular apical thrombi. Despite the medical treatment being initiated, the clinical course was marked on the third day by the sudden onset of pain in the right lower limb, accompanied by coldness and absent distal pulses. An arterial Doppler ultrasound showed an interruption of blood flow at the popliteal artery, consistent with acute limb ischemia. Thrombolysis with urokinase successfully restored perfusion and resolved the symptoms.

Conclusion: This case highlights the importance of close monitoring for patients with peripartum cardiomyopathy complicated by intracardiac thrombi, and the urgency of prompt management of any thromboembolic complication in order to preserve functional and vital prognosis.

Introduction

La cardiomyopathie du péripartum (CMPP) est une cardiomyopathie dilatée idiopathique survenant en fin de grossesse ou dans les mois suivant l'accouchement, responsable d'une insuffisance cardiaque secondaire à une dysfonction systolique du ventricule gauche [1]. Bien que rare, elle constitue une cause importante de morbidité et de mortalité maternelles. Les complications thromboemboliques y sont fréquentes, en particulier lorsque la fraction d'éjection ventriculaire gauche est très abaissée, [2] responsable parfois d'embolie artérielle systémique périphérique [3]. L'ischémie aiguë du membre est l'une des complications nécessitant un diagnostic rapide et la mise en route d'un traitement efficace qui éviterait une amputation. Nous rapportons ici le cas d'une jeune patiente ayant présenté une ischémie aiguë du membre inférieur droit secondaire à un thrombus intra cardiaque au cours de l'évolution d'une CMPP en décrivant la prise en charge.

Observation

Patient de 17 ans primipare avec grossesse mal suivie, accouchée récente il y'a 3 mois ; hospitalisée pour une dyspnée stade IV de la NYHA associée à des œdèmes des membres inférieurs. L'interrogatoire n'a retrouvé aucun antécédent pathologique particulier, avant ou pendant la grossesse. A l'admission la patiente était consciente avec un état général stade 2 de l'OMS ; la tension artérielle était normale à 100/70mmHg, une tachycardie à 110 bats/min, Sao2 : 98%. Poids : 52kg Taille : 157cm IMC : 21. L'examen physique mettait en évidence un bruit de galop gauche, un souffle systolique d'intensité 3/6 au foyer mitral et des signes de surcharge dans les deux champs pulmonaires. L'hémogramme mettait en évidence une hyperleucocytose à 12800/ul. La radiographie pulmonaire objectiva un élargissement de l'ombre cardiaque avec des signes de surcharge pulmonaire. Une tachycardie sinusale régulière

associée à une hypertrophie ventriculaire et auriculaire gauche fut objectivé à l'ECG. L'écho-doppler cardiaque objectivait une cardiomyopathie dilatée DTD (VG)= 62.4 mm DTS (VG)= 52.7mm associée à une hypokinésie globale des parois du ventricule gauche s'étendant jusqu'au ventricule droit), une altération sévère de la fonction systolique ventriculaire gauche (fraction d'éjection gauche inférieure à 21% au SB, on notait aussi des thrombi pédiculés mobile à l'apex) et une dysfonction VD légère (TAPS= 14.6mm) **Fig 1A &1B.**



Fig 1A : Coupe apicale quatre cavités objectivant un thrombus intracavitaire du ventriculaire gauche

Un traitement a été instauré à base de furosémide, captopril, aldactone, bisoprolol, antibiothérapie et une anticoagulation efficace. Au troisième jour d'hospitalisation, la patiente a présenté brutalement une douleur du membre inférieur droit.

Affiliations :

- 1- Service de Médecine interne et de cardiologie, Hôpital national AMIROU BOUBACAR DIALLO, Niamey, Niger.
- 2- Service de cardiologie, Hôpital général de référence de Niamey, Niger.
- 3- Service de cardiologie, Hôpital régional de Maradi, Niger

***Auteur correspondant : Dr Souleymane Arzika Ibrahim** (ibrahimarzika@yahoo.fr),
Tel : (96960847)



Fig 1B : Coupe apicale deux cavités objectivant deux thrombi intracavitaires du ventriculaire gauche.

L'examen clinique retrouvait un membre froid par rapport au côté controlatéral, avec abolition des pouls pédieux et tibial postérieur. L'échographie doppler artérielle a objectivé une absence de flux à partir de l'artère poplitée, confirmant le diagnostic d'une ischémie aiguë du membre droit **Fig 2**.

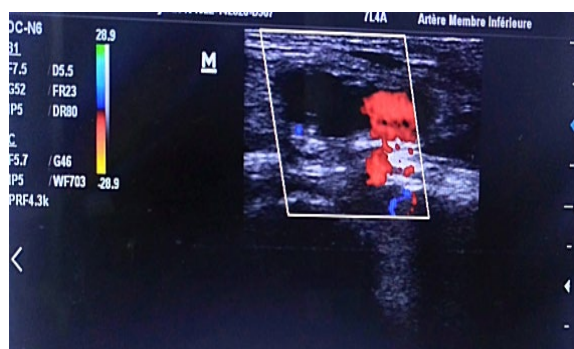


Fig 2: Absence de flux artériel au doppler couleur au niveau de l'artère poplitée

En l'absence de déficit neurologique et après concertation multidisciplinaire, une thrombolyse par urokinase a été instaurée selon le protocole en vigueur, avec une dose de charge de 2000 UI/kg, soit 104000 UI administrée en 20 minutes, relayée par une dose d'entretien de 104000 UI par heure. L'évolution immédiate a été marquée par la régression de la douleur, le réchauffement du membre et la réapparition des pouls distaux. Un contrôle doppler réalisé six heures plus tard a confirmé la restauration du flux artériel.

Discussion

La CMPP survient classiquement en fin de grossesse ou dans les mois qui suivent l'accouchement. Son incidence varie selon les régions, avec une fréquence plus élevée rapportée en Afrique subsaharienne. Plusieurs facteurs de risque ont été décrits : âge maternel extrême, multiparité, grossesses multiples, obésité, hypertension gravidique, prééclampsie, origine africaine, dénutrition et faible statut socio-économique. Toute fois la physiopathologie reste incomplètement élucidée. Le risque thromboembolique constitue une complication importante de la CMPP, en particulier en présence d'une dysfonction ventriculaire gauche sévère et de thrombus intracavitaires. La stase sanguine liée à la dilatation des cavités cardiaques et à la baisse du débit cardiaque favorise la formation de thrombi. Cette dysfonction systolique sévère du ventricule gauche serait responsable de la formation de thrombi. [4] Chez notre patiente, la présence de thrombus apicaux intraventriculaires gauches et une fraction d'éjection très abaissée expliquent probablement la complication embolique observée [5].

La question de l'anticoagulation préventive dans la CMPP fait encore débat [6]. Néanmoins, plusieurs recommandations suggèrent de l'envisager lorsque la fraction d'éjection est sévèrement réduite ou lorsqu'un thrombus intracardiaque est documenté. [7, 4]. Dans notre cas, l'anticoagulation a été instaurée devant la présence de thrombus intra cavitaires, mais cela n'a pas empêché la survenue d'une embolie artérielle périphérique [8]. L'ischémie aiguë du membre inférieur est une urgence vasculaire dont le pronostic fonctionnel dépend de la précocité du diagnostic et du traitement. Selon la classification du Rutherford, notre patiente présentait une ischémie de stade IIa justifiant une stratégie de reperfusion rapide. La thrombolyse in situ constitue une option thérapeutique validée dans ce contexte en particulier lorsqu'il n'existe pas de déficit

neurologique ou de signe d'ischémie irréversible, [9] la thrombo-aspiration peut être une alternative pour les ischémies plus sévères ainsi que l'embolctomie au catheter de Fogarty et le pontage. [10] Nous avons procédé à une thrombolyse par de l'urokinase devant l'absence d'atteinte neurologique du membre. L'urokinase et RTPa sont les thrombolytiques indiquées dans les thromboses périphériques ; [11] selon les protocoles disponibles et les contre-indications éventuelles, [12] bien que les données disponibles soient de faible niveau de preuve et ne permettent pas de conclure à un bénéfice en comparaison à la chirurgie en termes de taux d'amputation ou de mortalité, mais suggèrent un risque de complications hémorragiques plus élevés. [13] Dans notre cas, La thrombolyse a permis une reperfusion rapide du membre et a probablement évité une prise en charge chirurgicale plus invasive. Par ailleurs aucun saignement n'avait été notifié.

L'évènement clinique reste péjoratif puisque le risque d'amputation chez ces patients est de 20 à 30% [14]. L'évolution favorable souligne l'importance d'un diagnostic précoce, d'une surveillance clinique étroite et d'une prise en charge multidisciplinaire.

Conclusion

La cardiomyopathie du péripartum peut se compliquer de thrombus intracardiaque et d'événements thromboemboliques graves. L'anticoagulation est recommandée lorsque la dysfonction ventriculaire gauche est sévère ou qu'un thrombus intracardiaque est présent, mais elle ne protège pas toujours totalement contre une ischémie artérielle périphérique. Une surveillance rigoureuse clinique et échographique rapprochée est indispensable afin de diagnostiquer précocement ces complications et de mettre en route sans délai un traitement de reperfusion adaptée.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la prise en charge de la patiente, à la rédaction du manuscrit et à sa validation finale.

Conflit d'intérêts : aucun

References

1. Hilfiker-Kleiner D, Haghikia A, Nonhoff J, Bauersachs J. Peripartum cardiomyopathy: current management and future perspective. *Eur Heart J*. 2015;36:1090-1097.
2. Sliwa K, Mebazaa A, Hilfiker-Kleiner D, Petrie MC, Maggioni A, Laroche C, et al. Clinical characteristics of patients from the worldwide registry on peripartum cardiomyopathy. *Eur J Heart Fail*. 2017;19:1131-1141.
3. Rodriguez JBC, Okajima K, Greenberg BH. Management of left ventricular thrombus: a narrative review. *Ann Transl Med*. 2021;9(6):520.
4. Radakrishnan A, Dokko J, Pastena P, Kalogeropoulos PA. Thromboembolism in peripartum cardiomyopathy: a systematic review. *J Thorac Dis*. 2024;16(1).
5. Colle B, Demeure F, Higny J, Benoit M, Henry JP, Michaux I, et al. Emerging Trends in Left Ventricular Thrombus: A Comprehensive Review of Non-Ischemic and Ischemic Cardiopathies, Including Eosinophilic Myocarditis, Chagas Cardiomyopathy, Amyloidosis, and Innovative Anticoagulant Approaches. *Diagnostics*. 2024;14:948.
6. Corriveau S, Cooray MD, Douketis J. To thin or not to thin: a case of peripartum cardiomyopathy. *Can J Cardiol*. 2014;30(7):835.e1-835.e2.
7. Regitz-Zagrosek V, Blomstrom Lundqvist C, Borghi C, et al. ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2011;32:3147-3197.
8. Gornik HL, Aronow HD, Goodney PP, Arya S, Brewster LP, Byrd L, et al. ACC/AHA/AACVPR/APMA/ABC/SCAI/SVM/SVN/SVS/SIR/VESS Guideline for Management of Lower Extremity Peripheral Artery Disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2024;149:e1313-e1410.

9. Panagiotis G, Dodos I, Nikolaos I, Anastasios P, Georgios MP, Nikolaos I, et al. Thrombolysis in acute lower limb Ischemia: Review of the Current literature. *Ann Vasc Surg.* 2018;52:255-262.
10. Carli P, Riou B, Télion C. Urgences médicales et chirurgicales de l'adulte. 2e éd. Rueil-Malmaison: Arnette; 2004. p. 269-276.
11. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler KA, Harris F, Fowkes GR. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2007;45(1):S5-S67.
12. Marzelle J, Pernes JM. Ischémie aiguë du membre inférieur. *Rev Prat.* 2002;52(8):917-923.
13. Darwood R, Berridge DC, Kessel DO, Robertson I, Forster R. Surgery versus thrombolysis for initial management of acute limb ischaemia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;8:CD002784.
14. Creager MA. Medical management of peripheral arterial disease. *Cardiol Rev.* 2001;9(4):238-245.