

PREVALENCE DE CARDIOMYOPATHIE CHEZ LES FEMMES ACCOUCHEES PENDANT LES CINQ PREMIERS MOIS SUIVANT L'ACCOUCHEMENT A LA MATERNITE DE L'HOPITAL DE GECAMINES SUD DE LUBUMBASHI / RD CONGO.

Mujanay Kalambo Alex¹, Nsongolo Fortuné Aide², Kangola Kabeya Nadine², Anges Clauvel Niama³, Kennedy Mukendi Kolesha⁴, Okongo Konga Marcus⁵

- ¹Université de Kikwit
- ²Ecole de santé publique de Kinshasa
- ³Faculté des sciences et de la santé
- ⁴Ecole de santé publique de Lubumbashi
- Université des sciences et des Technologies de Lodja

Abstract

Peripartum cardiomyopathy (PPCM) is a rare heart failure condition affecting women in late pregnancy or the months following childbirth. While its incidence varies globally, it is particularly prevalent in sub-Saharan Africa, where it significantly contributes to maternal mortality. Although its etiology remains unknown, socio-economic, cultural, and environmental factors seem to play a crucial role.

This study aimed to assess the cardiovascular status of postpartum women during the first five months following delivery at the Gécamines Sud hospital maternity in Lubumbashi. A cross-sectional descriptive study was conducted on 102 patient records between February and December 2023. Data, collected via KOBO COLLECT and analyzed using SPSS V.25, included sociodemographic, clinical, and paraclinical parameters. Results showed that 52.9% of patients were under 30 years old, with a mean age of 29.54 years (SD: 6.11). The majority were unemployed (38.2%), lived in urban-rural areas (69.6%), and had vaginal deliveries (82.3%). Approximately 67% had personal medical histories, including current hypertension (20.58%) and alcohol consumption (32.38%). Additionally, 54% had no hereditary conditions, but among those who did, hypertension was the most common (50.9%). Clinical parameters indicated a mean BMI of 24.8 kg/m², a heart rate of 74.3 bpm, systolic blood pressure of 112.2 mmHg, and diastolic blood pressure of 75.3 mmHg.

In conclusion, while this population appeared generally healthy, the presence of risk factors underscores the need for preventive strategies and rigorous cardiovascular monitoring for postpartum women to minimize the risk of PPCM.

Keywords: Cardiomyopathy – Postpartum – Childbirth – Women of childbearing age – Cardiovascular health – Lubumbashi

Résumé

La cardiomyopathie du péri-partum (CMPP) est une insuffisance cardiaque rare touchant les femmes en fin de grossesse ou dans les mois suivant l'accouchement. Bien que son incidence varie selon les régions, elle est particulièrement prévalente en Afrique subsaharienne, où elle représente une cause significative de mortalité maternelle. Son étiologie reste inconnue, mais des facteurs socio-économiques, culturels et environnementaux semblent jouer un rôle important.

Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'état cardio-vasculaire des accouchées durant les cinq mois suivant l'accouchement à la maternité de l'hôpital Gécamines sud à Lubumbashi. Une étude transversale descriptive a été menée sur 102 dossiers de patientes entre février et décembre 2023. Les données, collectées via KOBO COLLECT et analysées sous SPSS V.25, ont inclus des paramètres sociodémographiques, cliniques et para cliniques.

Les résultats montrent que 52,9% des patientes avaient moins de 30 ans, avec une moyenne d'âge de 29,54 ans (écart type 6,11). La majorité était sans emploi (38,2%), vivait en zone urbano-rurale (69,6%) et avait accouché par voie basse (82,3%). Environ 67% des patientes présentaient des antécédents personnels, notamment une HTA actuelle (20,58%) et la consommation d'alcool (32,38%). De plus, 54% n'avaient pas d'antécédents héréditaires, mais parmi celles concernées, l'HTA était la plus fréquente (50,9%). Les paramètres cliniques moyens indiquaient un IMC de 24,8 kg/m², une fréquence cardiaque de 74,3 bpm, une pression artérielle systolique de 112,2 mmHg et une diastolique de 75,3 mmHg. En conclusion, bien que cette population semble globalement en bonne santé, la présence de facteurs de risque souligne la nécessité de stratégies préventives et d'un suivi cardiovasculaire rigoureux pour les accouchées, afin de minimiser le risque de CMPP.

Mots clés : Cardiomyopathie – Post-partum – Accouchement – Femmes en âge de procréer – Santé cardiovasculaire – Lubumbashi

Date of submission 30 June, 2025; Date of Acceptance 15 July, 2025; Date of publication 30 August, 2025

I. Introduction

La cardiomyopathie du péri-partum (CMPP) est définie par l'American Heart Association (AHA) comme une cardiomyopathie dilatée se manifestant par une insuffisance cardiaque systolique survenant dans le dernier mois de la grossesse ou dans les cinq mois suivant l'accouchement, sans cause identifiable d'insuffisance cardiaque préalable et avec une fraction d'éjection du ventricule gauche inférieure à 45 % (Hershberger et al., 2017).

La cardiomyopathie du péri-partum (CMPP) est une défaillance cardiaque rare, caractérisée comme une cardiomyopathie idiopathique présentant une insuffisance cardiaque secondaire à une dysfonction systolique du ventricule gauche affectant les femmes en fin de grossesse ou dans les mois suivant l'accouchement (Bhakta P, et al.2007 ; Hilfiker-Kleiner, et al.2015). Parler de cette pathologie amène à l'état cardio-vasculaire faisant référence à la santé fonctionnelle et structurelle du système cardiovasculaire, comprenant le cœur, les vaisseaux sanguins (artères, veines, capillaires) et leurs interactions (G. Mancina, et al.2013).

La cardiomyopathie du péri-partum bien que rare, constitue un problème de santé publique touchant principalement les femmes en âge de procréer. Les causes exactes de cette affection restent inconnues. L'évolution est imprévisible, parfois favorable avec une rémission complète, mais souvent il y a une persistance ou une aggravation de l'insuffisance cardiaque pouvant être délétère. Le risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure malgré une rémission apparente, est très élevé (Abdelmajid Bouzerda, et al 2016). Une étude menée au Niger parle d'une préférence de la maladie chez la femme de race noire est rapportée dans la littérature: probablement secondaire au comportement à risque issu des rites

traditionnels (absorption de sel, bain de boue chaude...) associés à un climat chaud et humide (Garba Abdoul Aziz, et al 2024).

La cardiomyopathie du péri-partum constitue une cause émergente de mortalité maternelle (Moioili M, et al 2010). Elle occasionne une grande perte des femmes en âge productif et augmente le nombre des enfants orphelins dans le monde (Pio M, et al 2014).

La prise en charge adéquate de l'insuffisance cardiaque nécessite parfois des moyens thérapeutiques au-dessus des possibilités de ces patientes en majorité sans profession. Le renforcement des mesures préventives repose sur la détermination précise du profil épidémiologie de l'insuffisance cardiaque du péripartum (Bahloul M, et al 2009).

La cardiomyopathie du péri-partum entraîne une morbidité et une mortalité maternelle élevée avec un taux de mortalité à six mois pouvant atteindre 24,2 % au Nigeria et 11,6 % au Zimbabwe (Kamilu M, et al.2023).

À l'échelle mondiale, l'incidence de la CMPP est estimée entre 1 cas pour 1 000 à 4 000 naissances vivantes, Aux Etats-Unis, l'incidence serait d'environ 1 cas pour 3000 grossesses, avec un risque doublé chez les noires, en Haïti 1 cas pour 300 grossesses En afrique 1 cas pour 100 accouchements, représentant jusqu'à 52 % de toutes les cardiomyopathies, au Togo 1 cas pour 362 grossesses, en Afrique Sub-saharienne 1/ 1000 à 4000 accouchements et 50% des cardiomyopathies apparemment primitives de la femme en période génitale selon l'OMS et global cardiology (OMS 2015 ; G C 2023) ces chiffres varient considérablement en fonction des régions et des populations étudiées. Cependant, la maladie semble être plus fréquente parmi la population rurale pauvre. Les résultats cliniques sont bien pires en Afrique qu'en Europe occidentale et en Amérique du Nord. Des taux de mortalité atteignant 24,2% à 6 mois et 47,4% à 1 an de suivi avaient été

enregistrés à Kano au Nigeria, 48,3% sur 4 ans au Burkina Faso, 11,6% sur 6 mois au Zimbabwe et 13,0% sur 6 mois en Afrique du Sud selon PEACE Registry (Karaye, et al.2017).

La République Démocratique du Congo (RDC) ne dispose pas des données spécifiques concernant l'incidence de la CMPP au moment où les conséquences sont palpables dans les zones de santé. Toutefois, le recours est fait sur les données des pays comme le Nigeria ou le Togo en vue de leurs similitudes socio-économiques et sanitaires avec la RDC. Cela étant, il a été d'une importance non négligeable de mener cette étude sur la détermination de l'état cardio-vasculaire chez les accouchées pendant les cinq premiers mois suivant l'accouchement, cas de la maternité Gécamines sud.

La période post-partum est une phase critique pour la santé maternelle, caractérisée par des changements physiologiques majeurs, notamment au niveau cardiovasculaire. Les femmes peuvent développer des complications telles que l'hypertension post-partum, l'insuffisance cardiaque, les troubles du rythme ou la pré-éclampsie persistante. En République démocratique du Congo, et plus spécifiquement à Lubumbashi, les données sur l'état cardiovasculaire des femmes durant les premiers mois suivant l'accouchement restent limitées, ce qui entrave la planification de mesures préventives et l'amélioration des soins post-partum. Comprendre la prévalence et les facteurs associés aux troubles cardiovasculaires post-partum est donc essentiel pour renforcer la santé maternelle et réduire la morbi-mortalité. Aux questions de savoir l'état cardiovasculaire des femmes pendant les cinq premiers mois suivant l'accouchement à la maternité de la Gécamines à Lubumbashi, les facteurs maternels et obstétricaux sont associés aux troubles cardiovasculaires post-partum dans cette population, la prévalence des principales anomalies cardiovasculaires chez ces femmes et comment les paramètres cardiovasculaires évoluent-ils au cours des cinq premiers mois post-partum ?

Nous sommes partis des hypothèses selon lesquelles, une proportion significative de femmes accouchées présenteraient des anomalies cardiovasculaires au cours des cinq premiers mois post-partum, les antécédents obstétricaux (pré-éclampsie, multiparité, césarienne) et les facteurs maternels (âge, IMC, antécédents cardiovasculaires) seraient associés à un risque accru de complications cardiovasculaires post-partum, l'état cardiovasculaire s'améliorerait progressivement au fil des mois post-partum pour la majorité des femmes, sauf chez celles présentant des facteurs de risque spécifiques.

L'objectif de cette recherche était de déterminer l'état cardio-vasculaire chez les accouchées pendant les cinq premiers mois suivant l'accouchement, cas de la maternité de l'hôpital Gécamines sud à Lubumbashi. Pour y parvenir, nous nous sommes assignés les objectifs pacifiques de déterminer la prévalence des anomalies cardiovasculaires chez les femmes post-partum, Identifier les facteurs associés aux troubles cardiovasculaires post-partum, Suivre l'évolution des paramètres cardiovasculaires (pression artérielle, fréquence cardiaque, etc.) durant les cinq premiers mois après l'accouchement. et Proposer des recommandations pour améliorer la surveillance cardiovasculaire post-partum.

II. Matériel et Methodes

I. Matériel

Présentation de l'hôpital Gécamines

L'Hôpital Gécamines Sud, situé sur la Rue Laboratoire à Lubumbashi, est une institution médicale clé pour la région. Offrant des soins généraux et spécialisés, il joue un rôle essentiel dans l'accès aux services de santé pour la population locale. L'hôpital est connu pour sa prise en charge efficace des urgences, ses consultations médicales diversifiées et son infrastructure adaptée aux besoins des patients. Son engagement envers des soins

accessibles et de qualité en fait un acteur important du système de santé à Lubumbashi

Grâce à son emplacement stratégique, l'Hôpital Gécamines Sud est facilement accessible pour les résidents et les professionnels de la région. Son personnel médical expérimenté assure un suivi rigoureux et des traitements adaptés à chaque cas. L'établissement dispose d'équipements modernes pour réaliser des diagnostics précis et proposer des soins efficaces. Cette combinaison de compétence et de technologie permet une meilleure prise en charge des pathologies courantes et des cas plus complexes.

L'hôpital met un point d'honneur à garantir un service humain et professionnel, ce qui lui vaut la confiance de nombreux patients. Son équipe de médecins et de personnel soignant est formée pour répondre aux besoins médicaux avec sérieux et empathie. La diversité des spécialités disponibles et l'amélioration continue des services font de cet établissement une référence locale. Dans un contexte où l'accès à des soins de qualité reste un défi, cet hôpital représente une option précieuse pour la communauté. Grâce à sa fiabilité à Lubumbashi, l'Hôpital Gécamines Sud offre une gamme complète de soins adaptés aux besoins médicaux courants et spécialisés. Son engagement envers l'amélioration des services et le bien-être des patients le positionne comme un centre médical incontournable dans la région.

Matériels d'étude

1. Matériel pour collecte des données rétro-prospectives

- **Dossiers médicaux et carnets de santé maternelle** : pour recueillir les informations passées sur l'accouchement, complications, antécédents médicaux.
- **Bases de données hospitalières** : pour extraction des mesures cardiovasculaires

antérieures, résultats biologiques, prescriptions médicales.

- **Questionnaires ou grilles d'entretien** : pour compléter les informations sur l'état actuel et les habitudes de vie des participantes.
- **smartphones** pour l'enregistrement des données.

2. Matériel informatique et logiciels

- **Ordinateur** : saisie et gestion des données.
- **Logiciel statistique** (SPSS, R, STATA) : analyses quantitatives et descriptives.
- **Logiciel de traitement de texte** : rédaction du rapport scientifique.

3. Matériel de sécurité et hygiène

- Gants, masques, désinfectants, compresses stériles, poubelles pour déchets médicaux.

II. Methodes

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à collecte de données retro-prospective menée sur 102 dossiers des patientes fréquentant la maternité de l'hôpital Gécamines sud pendant la période allant du 01/02/2023 au 31/12/2023. L'étude était conduite du 01/06/2024 au 31/12/2024 à Lubumbashi. Un échantillonnage exhaustif de tous les dossiers des patientes se trouvant dans l'intervalle de la période concerné était réalisé. Était inclus, que les dossiers complet de la période du 01/02/2023 au 31/12/2023 des patientes ayant bénéficié d'un examen clinique juste après l'accouchement et chez qui un ECG avait été réalisé dans les cinq mois suivant l'accouchement.

L'état cardio-vasculaire était défini sur référence de condition fonctionnelle et structurelle du système cardiovasculaire, incluant le cœur et les vaisseaux sanguins, évaluée à un moment donné à travers des paramètres cliniques, biologiques et instrumentaux.

Les variables sociodémographiques, Cliniques et para cliniques étaient étudiées. Les données étaient recueillies sur les dossiers des patientes comportant leurs identités, et les informations sur les antécédents, les éléments de l'examen physique et les Eléments para cliniques. La collecte de données était faite d'une manière électronique avec le logiciel ODK, sur téléphones Androïdes grâce à

l'application KOBO COLLECT V2021.3.4 en suite, la codification et l'analyse sur SPSS V. 25.

Il était utilisé, les statistiques descriptives pour les variable quantitative, la moyenne et son écart type étaient calculé et pour les variables qualitative, les fréquences et pourcentages.

III. Resultats

1. Caractéristiques sociodémographiques des patientes enquêtées

Tableau I. Répartition des enquêtée(s) selon les caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques	Modalités	Effectif (n=102)	%
Tranche d'âge (ans)	≤ 30	54	52,94
	31-40	33	32,35
	41-50	14	13,72
	51 ≥	1	0,98
Moyenne d'âge des patientes et son écart type	29.54 ans ± 6,11ans		
	-		
Parité	≤ 5	37	36,27
	6-10	58	56,86
	10 ≥	7	6,86
Moyenne et écart type	4 ± 2,16 accouchements		
Gestité	≤ 5	30	29,41
	6-10	68	66,66
	10 ≥	4	3,92
Moyenne et écart type	4 ± 2,62 Grossesses		
Statut matrimonial	Célibataire	23	22,54
	Union libre	38	37,25
	Marie	31	30,39
	Divorce	7	6,86
	Veuve	3	2,94
Profession	Agent de l'état	11	10,78
	Agriculteur	17	16,66
	Commerçant	21	20,58
	Travailleur du secteur privé	13	12,74
	Sans emploi	39	38,23
	Militaire	1	0,98
Niveau d'étude	Aucun	14	13,72
	Primaire achevé	53	51,10
	Secondaire achevé	26	25,49
	Universitaire achevé	9	8,82
Provenance	Zone Rurale	31	30,39
	Zone Urbano-rural	71	69,60
Lieu d'accouchement	Hôpital Gécamines sud	66	64,70
	Domicile	11	10,78
	Autres Formations sanitaire	25	24,50
Voie d'accouchement	Voie Basse	84	82,35

	Césarienne	18	17,64
--	------------	----	-------

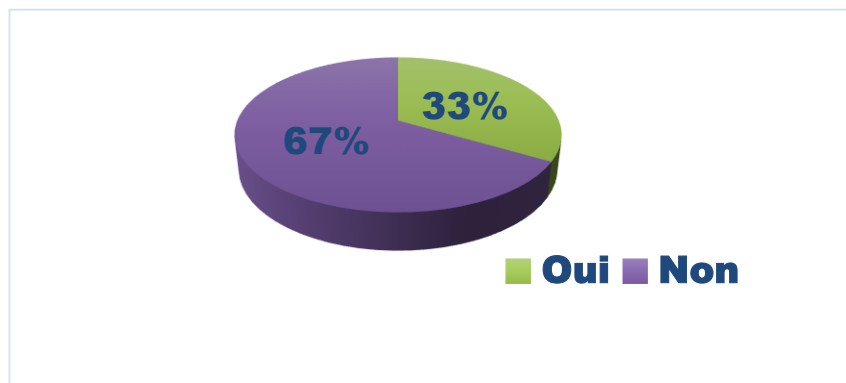
Sur 100% des dossiers des patientes faisant l'objet de notre étude, les femmes vivant en union libre ont représenté 37,25% soit 38 femmes, les femmes sans emploi, 38,23% soit 39 femmes, celle ayant le niveau d'étude primaire achevé, 51,10% soit 53 femmes, celles provenant de la zone rurale, 69,60 soit 71 femmes, celles qui avaient accouchée à l'hôpital Gécamines sud, 64,70 soit 66 femmes, celle ayant accouché par voie basse, 82,35% soit 84 femmes et celles dont l'âge était inférieur ou

égale à 30 ans ont représenté 52,92% soit 54 femmes. L'âge moyen a été de 29.54 ans avec un écart type 6.11 ans. La moyenne d'accouchement était de $4 \pm 2,16$ accouchements et la moyenne des grossesses, $4 \pm 2,62$ Grossesses

2. Pourcentage des patientes ayant des antécédents personnel

Sur 100% des patientes, 67 % soit 68 femmes avaient des antécédents personnels

Figure II. Répartition des patientes ayant des antécédents personnel



3. Caractéristiques des antécédents personnels des patientes

Tableau III. Répartition des antécédents personnels des patientes selon les caractéristiques

Caractéristiques	Effectif (34)	Pourcentage %
HTA actuelle	7	20,58
HTA ancienne	5	14,70
HTA gravidique	4	11,76
angine répétitive	7	20,58
Alcool	11	32,38

Sur 100% des dossiers des patientes faisant l'objet de notre étude, la répartition les caractéristiques des antécédents a été comme suite : 7 femmes soit 20,58% HTA actuelle, 5 femmes soit 14,70% HTA ancienne, 4 femmes soit 11,76% HTA gravidique, 7 femmes soit 20,58% angine répétitive et 11 femmes soit 32,38% alcool.

4. Pourcentage des patientes ayant des antécédents héréditaires

Sur 100% des patientes, 54 % des femmes n'avaient pas des antécédents héréditaires

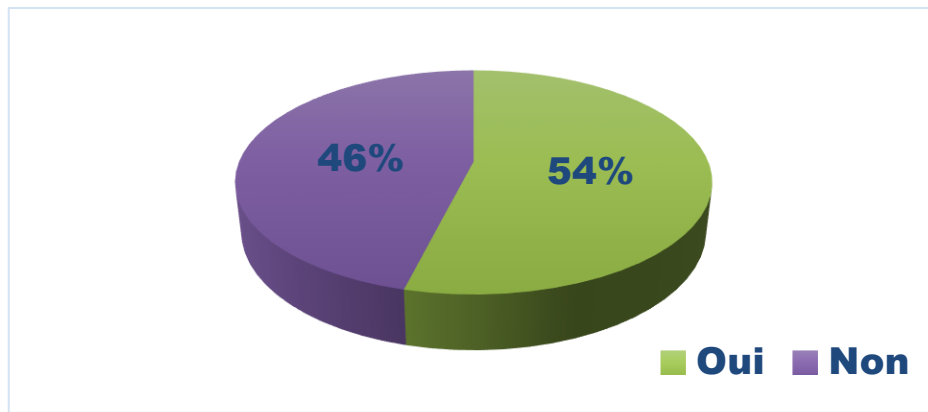


Figure IVI. Répartition des patientes ayant des antécédents héréditaires

5. Caractéristiques des antécédents héréditaires des patientes

Tableau IVI. Répartition des antécédents Héréditaires des patientes selon les caractéristiques

Caractéristiques	Effectif (55)	Pourcentage %
Cardiopathie	9	16,36
HTA	28	50,90
CMPP	5	9,09
Gémellité	13	23,64

6. Caractéristiques cliniques moyennes et variabilité des patientes

Tableau VIV. Répartition des Caractéristiques cliniques moyennes et variabilité des patientes

Caractéristiques	Moyenne	Ecart Type
IMC : Indice de Masse Corporelle (Kg/m)	24,8	4,9
FC : Fréquence cardiaque (Batt/min)	74,3	3,7
PAS : Pression artérielle systolique (mmHg)	112,2	14,6
PAD Pression artérielle diastolique (mmHg)	75,3	12,9

La moyenne IMC est de 24,8 kg/m² ± 4,9, FC 74,3 battements par minute ± 3,7, PAS 112,2 mmHg ±14,6 et PAD 75,3 mmHg avec un écart type de 12,9. Ces résultats montrent une population globalement en bonne santé

IV. Discussion

L'objectif de cette étude était de déterminer l'état cardiovasculaire des femmes accouchées pendant les cinq premiers mois suivant l'accouchement à la maternité

Sur 100% des dossiers des patientes faisant l'objet de notre étude, la répartition les caractéristiques des antécédents a été comme suite : 9 femmes soit 16,36% Cadiopathie, 28 femmes soit 50,90% HTA, 5 femmes soit 9,09% CMPP, et 13 femmes soit 23,64% Gémilité.

7. Caractéristiques cliniques des patientes

Tableau V. Répartition des Caractéristiques cliniques des patientes

Caractéristiques	Effectif	Pourcentage
OMI	3	6,12
Hépatomégalie	0	0
Congénitale	0	0
Râles de stase	0	0
Souffle cardiaque	0	0
Gallop	0	0

OMI (Œdèmes des Membres Inférieurs) est la seule caractéristique observée, avec 3 cas représentant 6,12 % de l'effectif total.

Gécamines Sud à Lubumbashi. 102 dossiers des femmes accouchées avaient été revus et nos résultats fournissent un aperçu intéressant pour éclairer les politiques de santé publique et pour mieux planifier les interventions futures en matière de santé.

Nos résultats indiquent que l'âge moyen des patientes était de 29,54 ans \pm 6,11 ans, ce qui est comparable aux résultats de *Karaye et al. (2017)* au Nigeria, où l'âge moyen des femmes atteintes de cardiomyopathie du péripartum (CMPP) était d'environ 30 ans. Cela nous amène sur l'hypothèse que cette pathologie touche dans la majorité les femmes en âge de procréation. Cette hypothèse a été aussi affirmée par les études de *Bhakta P, et al (2007)* et aussi par *Hilfiker-Kleiner, et al (2015)*.

La répartition des patientes selon le statut matrimonial révèle que 37,25 % étaient en union libre et 38,23 % sans emploi, soulignant une vulnérabilité socio-économique qui peut influencer l'accès aux soins et l'évolution de la maladie. Les patientes ayant le niveau d'étude primaire achevé, 51,10% soit 53 femmes, celles provenant de la zone rurale, 69,60 soit 71 femmes, celles qui avaient accouché à l'hôpital Gécamines sud, 64,70 soit 66 celle ayant accouché par voie basse, 82, 35% soit 84 femmes. Ces résultats reflètent celle trouvée par *Garba Abdoul Aziz et al (2024)* au Niger dans lesquelles, l'âge moyen était 27,9 \pm 7,4 ans. Provenance Rural 54,00%, Profession Femme au foyer 95,00%, Lieu d'accouchement Formation sanitaire 60,00%, d'accouchement Basse 95,00 % Césarienne 5,00%. Par contre dans l'étude de *Garba* 68,00% des patientes étaient Non scolarisé et 14,00% avait un niveau d'étude primaire. Cette différence peut s'expliquer par la gratuité de la scolarité en RDC.

Dans notre échantillon, 67 % des patientes présentaient des antécédents personnels, dont l'hypertension artérielle (HTA) dans 47,04 % des cas (HTA actuelle, ancienne ou gravidique). Ces résultats concordent avec ceux de *Bouzerda et al. (2016)*, qui ont démontré une association entre l'HTA et le risque accru de développement de la CMPP. De même, la présence d'antécédents familiaux d'HTA chez 50,9 % des patientes pourrait constituer un facteur prédisposant.

L'usage d'alcool a été noté chez 32,38 % des patientes, ce qui rejoint les travaux de *Pio M, et al. (2014)*, qui mentionnent l'impact de la consommation d'alcool sur le

développement des maladies cardiaques. Ces observations suggèrent que l'éducation prénatale pourrait jouer un rôle crucial dans la réduction de ces facteurs de risque.

Les paramètres cliniques moyens mesurés dans notre échantillon, notamment un IMC moyen de 24,8 kg/m² \pm 4,9, une pression artérielle systolique de 112,2 mmHg \pm 14,6 et une pression artérielle diastolique de 75,3 mmHg \pm 12,9, démontrent un profil globalement stable. Toutefois, certaines patientes présentaient des anomalies pouvant préfigurer des complications cardiovasculaires futures.

Nos données montrent une présence significative des facteurs de risque cardiovasculaire dans la population étudiée, bien que nous n'ayons pas enregistré de cas confirmés de CMPP. En Afrique subsaharienne, les études menées au Nigeria et au Burkina Faso ont rapporté des taux de mortalité très élevés, atteignant jusqu'à 48,3 % sur quatre ans au Burkina Faso (*Karaye et al. 2017*). Nos résultats soulignent ainsi l'importance d'une surveillance cardiovasculaire post-partum renforcée.

Kitwa Laurent et al. (2024) dans leur étude transversale menée entre août 2023 et février 2024, incluant 125 femmes ayant vécu une issue obstétricale défavorable (APO). Les résultats ont révélé des taux élevés de facteurs de risque cardiovasculaire : hs-CRP élevé (85,6%), dyslipidémie (49,2%), surcharge/obésité (41,6%) et hypertension artérielle (22,4%). Un risque élevé (≥ 3 facteurs) concernait 21,5% des participantes, tandis que le score de risque de Framingham à 30 ans était modéré chez 27,2%. Le risque était plus élevé en cas d'antécédent de trouble hypertensif de grossesse ou de faible poids de naissance ($p = 0,001$ et $p = 0,004$). En lien direct avec votre étude, elle a été menée dans la même ville que la nôtre, et potentiellement dans une population similaire. Elle fournit une base locale de prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire en post-partum. Notre étude va plus loin en incluant un suivi temporel sur 5 mois (plutôt qu'un seul point d'évaluation). Elle nous a servi à valider ou comparer nos propres données locales.

Dans une étude prospective menée en Ouganda (1 an post-partum), chez les patients recrutés entre 2019 et 2021, suivi jusqu'à 1 an postpartum, précisément à hôpital de référence urbain. Les résultats obtenus témoignent une cohorte prospective comparant des femmes pré-éclampsiques à des témoins normotensives, évaluées à l'accouchement et un an plus tard. Principaux résultats : prévalence d'hypertension à 1 an postpartum significativement plus élevée chez les femmes ayant eu une pré-éclampsie ; rigidité aortique (pulse wave velocity) et masse ventriculaire gauche augmentées, fraction d'éjection similaire entre les groupes.

En Zambie – Cardiomyopathie péri-partum (PPCM), Une étude menée en 2020, elle présente une Cohorte de femmes souffrant de PPCM, diagnostic en moyenne à 60 jours postpartum, amélioration de la fonction ventriculaire gauche chez 45 % des femmes sous traitement optimal à 6 mois. Étude africaine pertinente puisque souligne l'importance du diagnostic et du suivi. En lien avec notre étude, Diagnostic de cardiomyopathie à 60 jours post-accouchement ; amélioration chez 45 % des patientes après 6 mois de traitement. En lien direct avec votre étude elle met en évidence une complication grave du post-partum sur le plan cardiovasculaire ; elle illustre l'importance d'un diagnostic précoce entre 1 et 5 mois, période que nous étudions précisément. Elle oriente l'inclusion du dépistage de symptômes comme l'essoufflement, l'œdème, et les palpitations dans notre enquête.

V. Conclusion.

Notre étude met en évidence la nécessité d'une meilleure stratégie de prévention et de suivi des complications cardiovasculaires chez les accouchées. La faible proportion de femmes ayant un suivi cardio-vasculaire approfondi post-partum pourrait expliquer l'absence de diagnostics formels de CMPP dans notre échantillon. Il serait pertinent de renforcer la sensibilisation des professionnels de santé et d'intégrer des évaluations

systématiques du cœur et des vaisseaux sanguins chez les femmes présentant des facteurs de risque.

Les résultats de notre étude confirment nos hypothèses selon lesquelles , une proportion significative de femmes accouchées ont présenté des anomalies cardiovasculaires au cours des cinq premiers mois post-partum, les antécédents obstétricaux (l'hypertension artérielle, la pré-éclampsie, la multiparité, la césarienne) et les facteurs maternels (âge, IMC, antécédents cardiovasculaires) ont été associés à un risque accru de complications cardiovasculaires post-partum, l'état cardiovasculaire s'est amélioré progressivement au fil des mois post-partum pour la majorité des femmes, sauf chez celles qui ont présenté des facteurs de risque spécifiques

Bien que nos résultats soient limités par la taille de l'échantillon et le caractère rétrospectif de l'étude, ils apportent une contribution importante à la compréhension de l'état cardiovasculaire post-partum à Lubumbashi. Des études prospectives plus larges, incluant un suivi à long terme, seraient nécessaires pour affiner ces observations et proposer des interventions adaptées au contexte local.

L'analyse de la littérature scientifique récente met clairement en évidence que l'état cardiovasculaire des femmes en période post-partum constitue une préoccupation majeure de santé publique, en particulier dans les contextes à ressources limitées comme ceux de l'Afrique subsaharienne. Plusieurs études menées en Afrique (RDC, Ouganda, Zambie, Kenya) et ailleurs (Brésil, Canada) confirment que les femmes ayant accouché, notamment celles ayant présenté des complications obstétricales telles que la pré-éclampsie ou l'éclampsie, sont exposées à un risque cardiovasculaire significatif pendant les mois suivant l'accouchement. Les troubles identifiés comprennent la persistance de l'hypertension artérielle, la dysfonction ventriculaire, la rigidité artérielle accrue, l'apparition de troubles du rythme, ainsi que des déséquilibres métaboliques.

Ces résultats sont directement pertinents pour notre étude, qui vise à évaluer l'état cardiovasculaire des femmes au

cours des cinq premiers mois suivant l'accouchement à la maternité de la Gécamines à Lubumbashi. Les études locales, telles que celle de Kitwa et al. (2024), offrent un aperçu contextualisé précieux, en soulignant la forte prévalence de facteurs de risque cardiovasculaires dans la population féminine post-partum de Lubumbashi. Toutefois, ces travaux n'explorent pas de manière longitudinale l'évolution des paramètres cardiovasculaires dans les mois qui suivent l'accouchement. Notre recherche se positionne ainsi comme un prolongement nécessaire et complémentaire de ces études, en se concentrant non seulement sur la détection des troubles cardiovasculaires précoces, mais également sur leur évolution temporelle entre le 1er et le 5e mois post-partum.

Références bibliographiques

- Abdelmajid Bouzerda. (2016). Cardiomyopathie du péripartum: à propos d'une observation et revue de la littérature, 21/07/2016 - Accepted: 31/07/2016 - Published: 26/09/2016
- Bahloul M, et al. (2009) Myocardiopathie du péripartum : incidence, physiopathologie, manifestations cliniques, prise en charge thérapeutique et pronostic. *Ann Franc Anes Réa* 2009 ; 28 :44-60.
- Bhakta P, Biswas B, Banerjee B. (2007). Peripartum Cardiomyopathy: Review of the Literature. *Yonsei Med J* 2007; 48(5): 731-747.
- G. Mancía, R. Fagard, et al. (2013). "2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)." *Journal of Hypertension*, 31(7), 1281–1357. DOI: 10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc
- Garba Abdoul Aziz, et al (2024). Etude de la cardiomyopathie du péri-partum dans un contexte à ressources limitées: Cas de la région de Zinder, Niger., *LA TUNISIE MEDICALE*-2024; Vol 102 (08): 483-490
- Hershberger, R. E., Hedges, D. J., & Morales, A. (2017). Dilated cardiomyopathy: the complexity of a diverse genetic architecture. *Nature Reviews Cardiology*, 14(10), 539–552. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2017.57>
- Hilfiker-Kleiner D, Haghikia A, Nonhoff J. and Bauersachs J. (2015). Peripartum cardiomyopathy: current management and future perspective. *Eur Heart J* 2015; 36: 1090-1097.
- Hilfiker-Kleiner, D., Kaminski, K., & Podewski, E. (2007). A cathepsin D-cleaved 16 kDa form of prolactin mediates postpartum cardiomyopathy. *Nature Medicine*, 13(12), 1464-1471. <https://doi.org/10.1038/nm1668>
- Kamilu M, et al. (2023) Rationale and design for the peripartum cardiomyopathy in Nigeria (PEACE) registry , *Global Cardiology*: Vol. 1 No. 1 (2023)
- Karaye KM, et al. (2017). Justification et conception du registre de la cardiomyopathie péripartum au Nigeria (PEACE). *Int Cardiovasc Forum J* 2017;12:12-7. DOI : <https://doi.org/10.17987/icfj.v12i0.462>
- Khan, S. S., Nabors, C., & Varma, J. (2016). Peripartum cardiomyopathy: current understanding and future perspectives. *Circulation*, 134(15), 1307–1318.
- Kitwa, L., Banza, N. M., Kasongo, K., & Luboya, N. O. (2024). Risque cardiovasculaire chez les femmes ayant eu une issue obstétricale défavorable dans deux maternités de Lubumbashi (RDC). *African Journal of Reproductive and Cardiovascular Diseases*, 10(2), 25–35. <https://journalijrrc.com/index.php/AJRCD/article/view/107>
- L'OMS, (2023) rapport détaillé sur les conséquences désastreuses de l'hypertension et les moyens d'en venir à bout

- Logan, G. G., Akinyemi, J. O., & Adeyemi, A. B. (2023). Postpartum hypertension and cardiovascular risk among women with hypertensive disorders of pregnancy in sub-Saharan Africa: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 1–11. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/article/s/10.1186/1471-2393-14-134>
- Lumsden, R. M., & Wambui, J. (2021). Incidence and persistence of hypertension among postpartum women with preeclampsia in Kenya: A 6-month follow-up study. Duke University Theses. <https://dukespace.lib.duke.edu/items/3f22b8ad-fec5-4a59-93bf-eace5b570749>
- MOIOILI M, et al (2010).. Péripartum Cardiomyopathy. *Arch Gynecol Obstet*. 2010 ; 281 : 183-8.
- Nakimuli, A., Nabbaale, J., & Kanya, M. R. (2024). Cardiovascular changes one year postpartum in women with and without preeclampsia in Uganda: A prospective cohort study. *Journal of Hypertension*, 42(1), 68–75. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40292525/>
- Oliveira, L. R., Souza, R. T., & Zugaib, M. (2024). Persistence of hypertension after preeclampsia in Brazilian women: A prospective observational study. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 46(1), 12–20. <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/nGQRZW3SsrYbqH8Hn3x7cj/>
- Pearl, A., Goland, S., & Elkayam, U. (2017). Peripartum cardiomyopathy: mechanisms, diagnosis, and treatment. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 27(2), 93-99.
- Phiri, C. H., Banda, J., & Mwaba, C. (2022). Peripartum cardiomyopathy in Lusaka, Zambia: Clinical characteristics and echocardiographic outcomes at 6 months. *Journal of the American College of Cardiology – Africa*, 3(3), 110–117. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9421395/>
- Pio M, et al. (2024) "Particularités de la cardiomyopathie du péripartum en Afrique: le cas du Togo sur une étude prospective de 41 cas au Centre Hospitalier et Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé." *Pan Afr Med J*. 2014;19:205.
- Pradipta Bhakta, et al. (2007). Peripartum Cardiomyopathy: Review of the Literature. *Yonsei Med J* 48(5):731 - 747, 2007. DOI 10.3349/ymj.2007.48.5.73
- Ray, J. G., Park, A. L., & Laskin, C. A. (2025). Hypertensive disorders of pregnancy and the long-term risk of atrial fibrillation: A population-based cohort study. *Journal of the American Heart Association*, 14(5), e029876. <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/JAHA.124.029876>
- Sliwa, K., Hilfiker-Kleiner, D., Petrie, M. C., Mebazaa, A., Pieske, B., Buchmann, E., ... & Regitz-Zagrosek, V. (2010). 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*, 12(8), 767-778. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfq120>
- Ware, J. S., Li, J., Mazaika, E., Ahmad, F., Cunningham, M., Yasso, C., ... & Mestroni, L. (2016). Shared genetic predisposition in peripartum and dilated cardiomyopathies. *New England Journal of Medicine*, 374(3), 233-241.