



FORUM EUROPÉEN, CŒUR, EXERCICE & PRÉVENTION



Recommandations ESC 2025 cœur et femme

Inès CAZAUBIEL
Paris

www.forumeuropeen.com

Conflits d'intérêts

Astra-Zeneca

Viartis

Novartis

Sanofi

Ensweet

Les nouvelles recommandations ESC 2025



**Cardiovascular
Disease
and Pregnancy**



Dyslipidaemias



**Valvular Heart
Disease**



**Mental Health and
Cardiovascular Disease**



**Myocarditis and
Pericarditis**

A dark green rounded rectangle with a faint ECG grid pattern. The text "Valvular Heart Disease" is centered in white, bold font.

Valvular Heart Disease

16. Management of valvular heart disease during pregnancy	4702
16.1. Management before pregnancy	4702
16.2. Management during pregnancy	4703
16.2.1. Patients with native valve disease	4703
16.2.2. Patients with prosthetic valves	4703
17. Sex-specific considerations in patients with valvular heart disease	4703
17.1. Aortic valve disease	4703
17.2. Mitral valve disease	4704
17.3. Tricuspid valve disease	4704

Pre-conception assessment

- Clinical screening: history, physical examination, ECG
- If clinical suspicion of VHD: TTE, exercise capacity assessment
- In case of definite VHD: risk assessment (mWHO, CARPREG II, DEVI)
- Correction of severe MS, AS, aortic dilatation with high risk of aortic dissection

Management during pregnancy

- Serial monitoring (symptoms, biomarkers, TTE)
- Drug therapy (anticoagulation)

Delivery/post-partum

- Vaginal delivery usually preferred
- Regional anaesthesia
- Monitoring during delivery and early post-delivery
- Extended in-hospital surveillance/treatment



Valves et grossesse : **avant** la grossesse

Conditions à corriger avant d' « autoriser » une grossesse :

- Rétrécissement mitral serré avec **surface mitrale $< 1,5 \text{ cm}^2$** , même asymptomatique.
- **Rétrécissement aortique sévère** avec symptômes, test d'effort anormal ou dysfonction systolique du ventricule gauche.
- Anomalies aortiques héréditaires et risque élevé de dissection aortique :
 - Marfan : réparation aortique prophylactique
 - > recommandée avant la grossesse si diamètre aortique **$> 45 \text{ mm}$**
 - > peut être envisagée **entre 40 et 45 mm** en présence de facteurs de risque de dissection.
 - Bicuspidie aortique : lorsque le diamètre aortique est **$\geq 50 \text{ mm}$** .
- + suivi rapproché dans des unités spécialisées
- + traitement par bêta-bloquants pendant la grossesse et le post-partum recommandés (sauf contre-indication)

Valves et grossesse : **avant** la grossesse

- **fuite valvulaire** : généralement **bien tolérées** pendant la grossesse.
 - > Une intervention prophylactique n'est donc pas recommandée en l'absence d'indications de classe I ou IIa.
- première option thérapeutique pour le rétrécissement mitral chez une femme envisageant une grossesse = **valvuloplastie mitrale percutanée**
- **Privilégier valve biologique** si une implantation de valve prothétique est nécessaire... bien que la dysfonction valvulaire structurale précoce demeure une préoccupation majeure.
- **Valves mécaniques : doivent être évitées**
 - risque élevé de complications maternelles
 - risque élevé de complications fœtales
- La procédure de Ross peut être envisagée pour le traitement des valvulopathies aortiques dans les centres spécialisés.

Valves et grossesse : pendant la grossesse

Sur valve native

- Augmentation de débit cardiaque de 50% entre 1^{er} et 2^{ème} trimestre
- Insuffisances valvulaires souvent bien tolérée
- Rétrécissement mitral modéré souvent bien toléré
- Possible valvuloplastie mitrale percutanée si symptômes ou PAPs > 50mmHg malgré traitement médical (si possible attendre après 20 SA)
- Si rétrécissement aortique mal toléré : TAVI envisageable
- Accouchement par voie basse : privilégié pour la majorité des patientes.

Valves et grossesse : **pendant** la grossesse

Sur valve prothétique

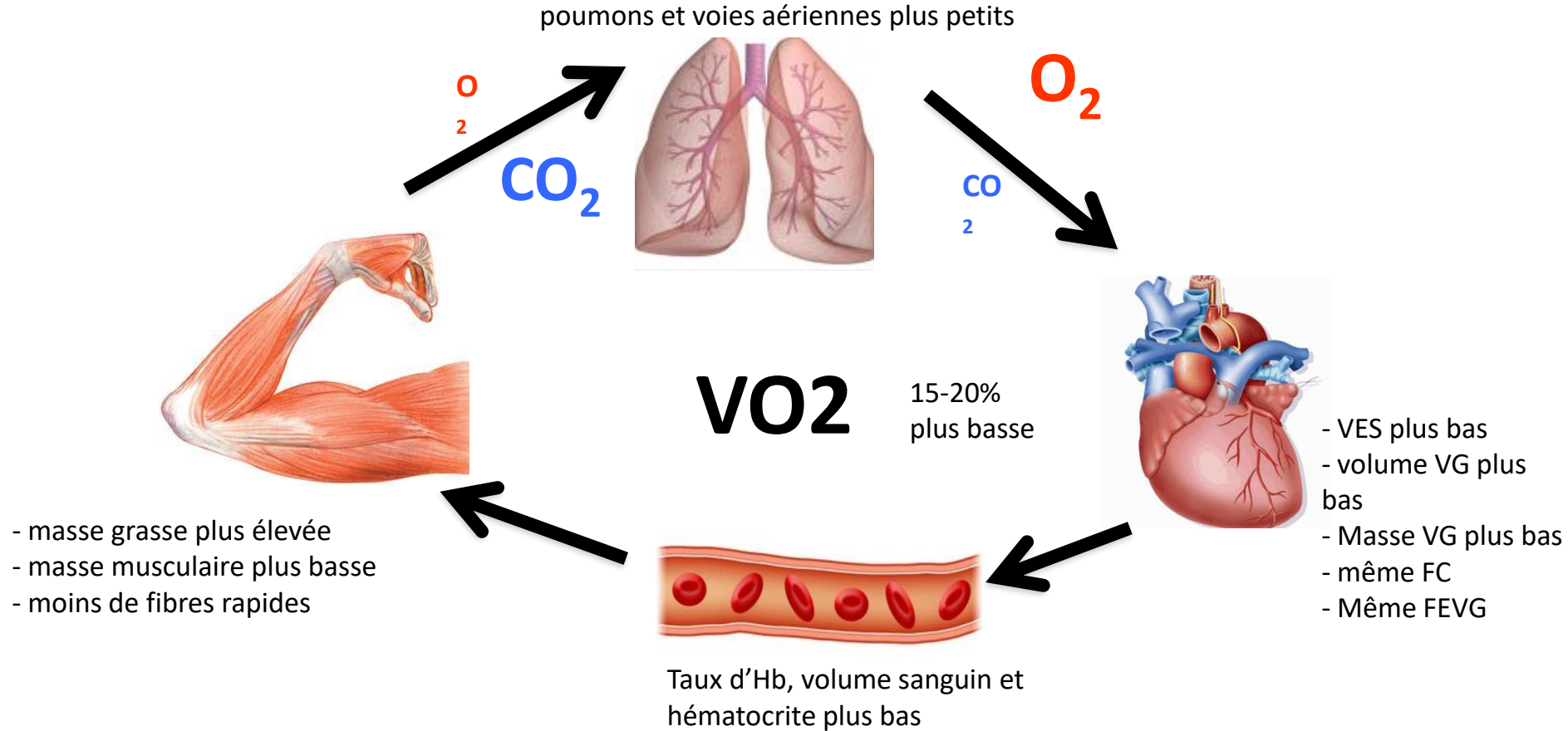
- Suivi par **centre expert +++**
- Dans une cohorte de 212 femmes porteuses de valves cardiaques mécaniques, une thrombose valvulaire est survenue dans 10 grossesses (4,7 %) et des événements hémorragiques dans 49 grossesses (23,1 %).
- Meilleure efficacité des AVK pour prévenir les thromboses versus héparine mais risque de malformation fœtale
- **Privilégier Warfarine si dose < 5 mg/jour**
- Si dose > 5 mg/jour, relai par HBPM 2x/jour le 1^{er} trimestre

Van Hagen IM, Roos-Hesselink JW, Ruys TPE, Merz WM, Goland S, Gabriel H, *et al.* Pregnancy in women with a mechanical heart valve: data of the European Society of Cardiology Registry of Pregnancy and Cardiac Disease (ROPAC). *Circulation* 2015; **132**:132–42

Valves : différences hommes/femmes

- prévalence : varie selon le sexe, le type de valve et la physiopathologie de la maladie
- femmes : valvulopathies **mitrales** plus fréquentes (prolapsus, rhumatisme articulaire aigu ou insuffisance tricuspидienne)
- hommes : **rétrécissement aortique** plus fréquent ou **insuffisance aortique**, en particulier associés à une bicuspidie aortique.
- Les hommes souffrent également plus fréquemment d'**endocardite**, quelle que soit la valve.

Femmes : une physiologie différente



Valves : différences hommes/femmes

Rétrécissement aortique

- Symptômes : + de dyspnée chez les femmes et d'angor chez l'homme
- Physiopathologie :
 - femmes + de fibrose, hommes + de calcifications
 - + d'hypertrophie ventriculaire gauche chez les femmes
 - + de bas débit-bas gradient chez les femmes
- Conséquences sur la prise en charge :
 - Retard de diagnostic et de traitement (moins d'adressage au chirurgien)
 - Meilleurs résultats de la chirurgie de remplacement aortique chez les hommes par rapport aux femmes (plus de complications)
 - Moins de complication après TAVI que chirurgie



Seuil différent :
bas débit < 40 mL/m² pour les hommes
et 32 mL/m² pour les femmes

Intérêt du score calcique ?

Valves : différences hommes/femmes

Rétrécissement mitral

Maladie rhumatismale + fréquente chez les jeunes femmes

- Problème pour les grossesses
- Faible accès à la valvuloplastie percutanée au ballon dans les pays défavorisés

Insuffisance mitrale

Maladie fibro-élastique + fréquente chez les femmes

Association à fibrose des muscles papillaires

- Risque de mort subite

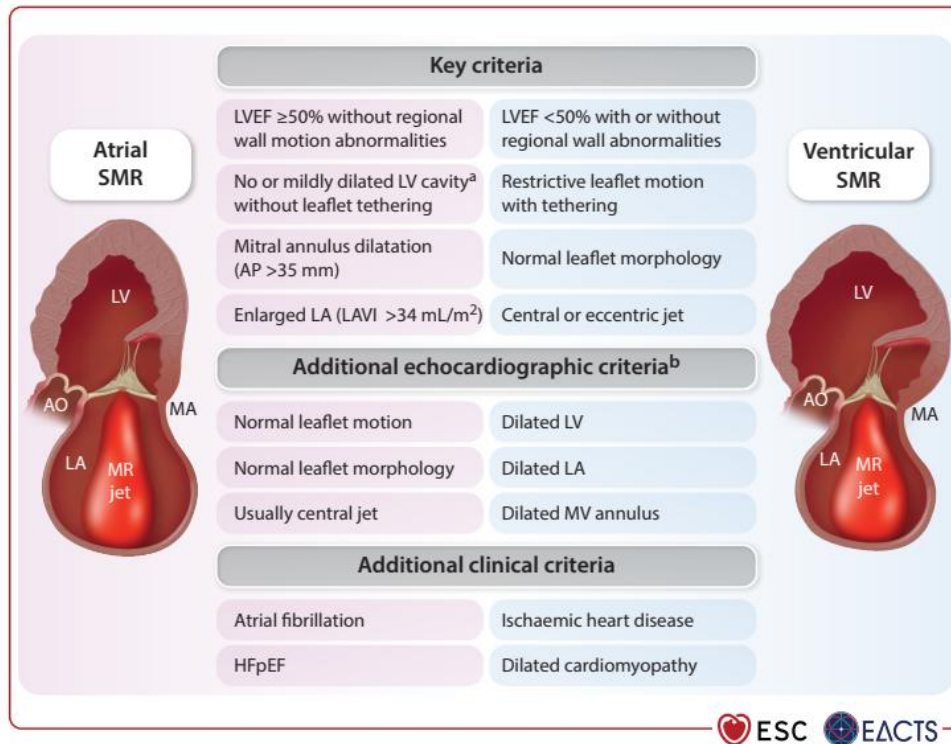
Plus de MAC (calcifications annulaires mitrales) chez les femmes (68% cas dans un registre)

Valves : différences hommes/femmes

Insuffisance mitrale secondaire « atriale » ou « ventriculaire »

Plus fréquent
chez les
femmes

- Car ICPEP 58% femmes et 42% hommes
- FA plus fréquente chez les femmes

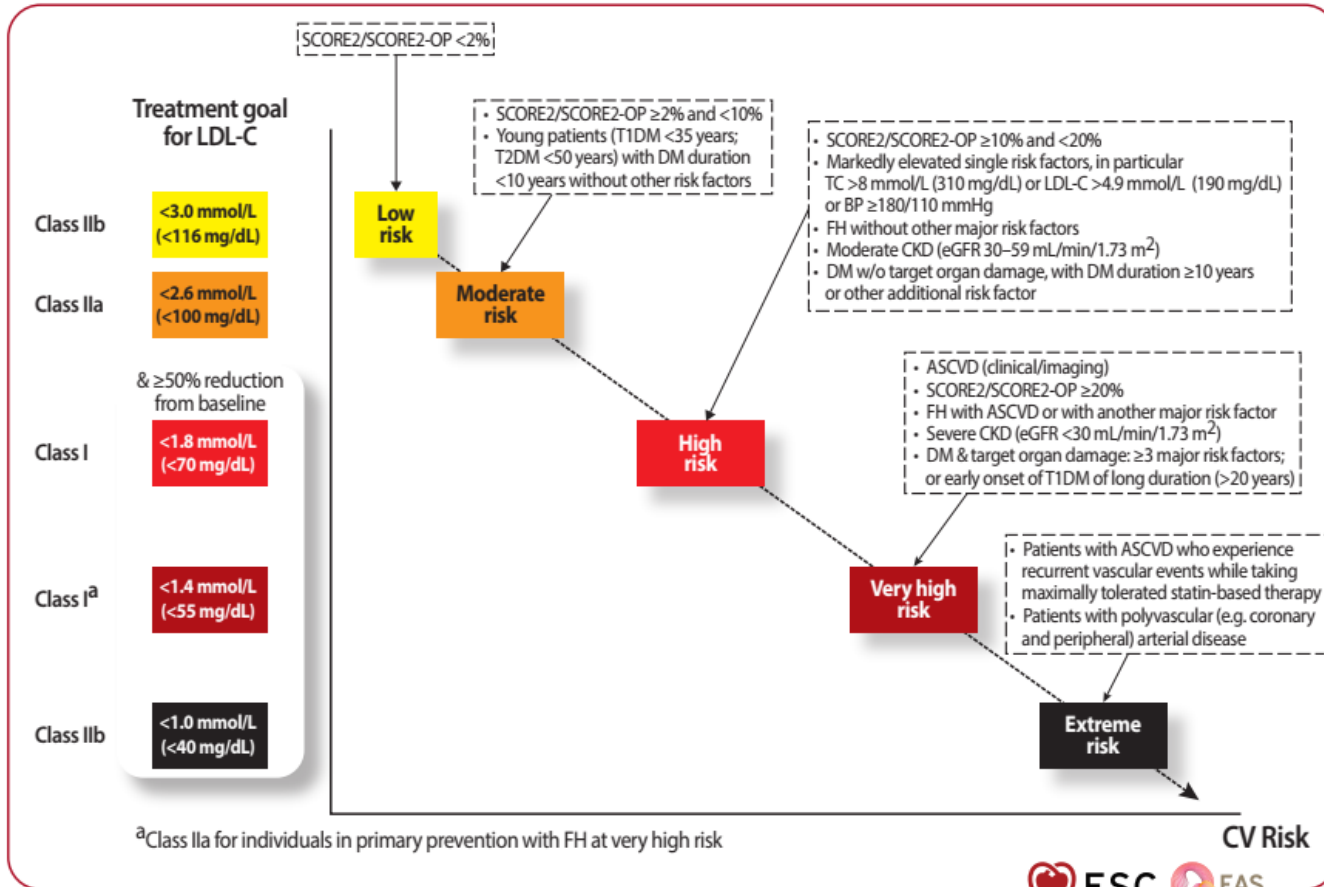


Plus fréquent
chez les
hommes



Dyslipidaemias

Objectifs thérapeutiques selon évaluation du risque CV



Modificateurs de risque :

→ leur présence peut justifier le reclassement d'un individu dans une catégorie de risque plus élevée que celle calculée par l'algorithme SCORE2 ou SCORE2-OP

→ orienter les décisions concernant les objectifs de LDL-C et les interventions hypolipémiantes.

Box 1 Risk modifiers for consideration beyond the risk estimation based on the SCORE2 and SCORE2-OP algorithms

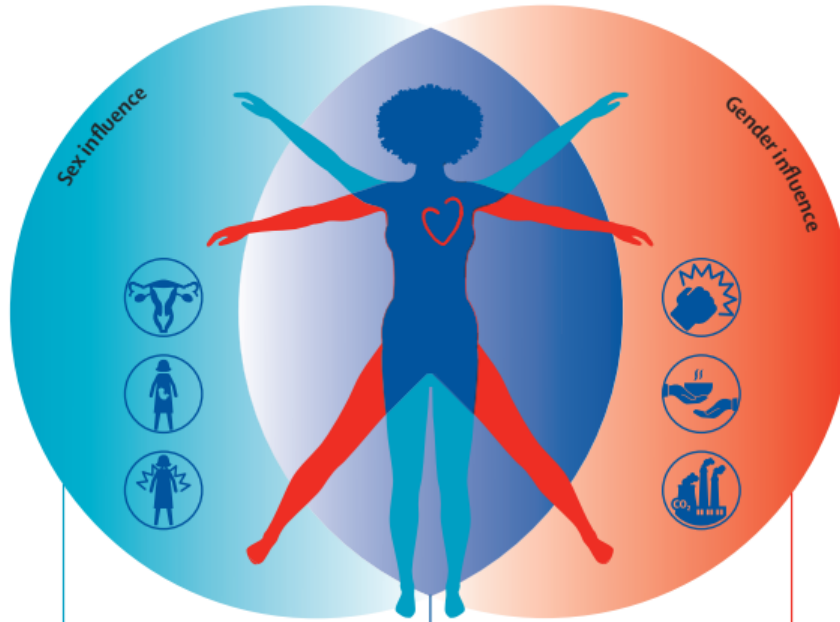
Demographic/clinical conditions

- Family history of premature CVD (men: <55 years; women: <60 years)
- High-risk ethnicity (e.g. Southern Asian)
- Stress symptoms and psychosocial stressors
- Social deprivation
- Obesity
- Physical inactivity
- Chronic immune-mediated/inflammatory disorders
- Major psychiatric disorders
- History of premature menopause
- Pre-eclampsia or other hypertensive disorders of pregnancy
- Human immunodeficiency virus infection
- Obstructive sleep apnoea syndrome

Biomarkers

- Persistently elevated hs-CRP (>2 mg/L)
- Elevated Lp(a) [>50 mg/dL (>105 nmol/L)].

Sexe = biologie



Genre = social

Sex-specific risk factors

- Premature menopause
- Gestational diabetes
- Hypertensive disorders of pregnancy
- Preterm delivery
- Polycystic ovary syndrome
- Systemic inflammatory and autoimmune disorders*



Well-established risk factors

- Hypertension
- Dyslipidaemia
- Diabetes
- Obesity
- Unhealthy diet
- Sedentary lifestyle
- Smoking or tobacco use

Under-recognised risk factors

- Psychosocial risk factors
- Abuse and intimate partner violence
- Socioeconomic deprivation
- Poor health literacy
- Environmental risk factors

The Lancet women and cardiovascular disease Commission:
reducing the global burden by 2030

Birgit Vogel & al, 2021

Lipoprotéine (a)

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Lp(a) levels above 50 mg/dL (105 nmol/L) should be considered in all adults as a CV risk-enhancing factor, with higher Lp(a) levels associated with a greater increase in risk. ^{37,101}	IIa	B

© ESC/EAS 2025

Le dosage de la Lp(a) devrait être envisagé au moins une fois dans la vie de chaque adulte.

Les taux de Lp(a) peuvent augmenter après la ménopause et une deuxième mesure est justifiée, notamment si les taux pré-ménopausiques étaient limités

Les femmes présentent un risque plus élevé de maladie cardiovasculaire athéroscléreuse associée au VIH

X 1,5 à 2 fois

Kentoffio K, Temu TM, Shakil SS, Zanni MV, Longenecker CT. Cardiovascular disease risk in women living with HIV. *Curr Opin HIV AIDS* 2022;**17**:270–8.

Dyslipidémie et HIV

Essai REPRIEVE (pitavastatine 4 mg versus placebo) chez 7769 avec VIH, en prévention primaire : Incidence d'événements cardiovasculaires majeurs (MACE) inférieure de 35 % dans le groupe pitavastatine par rapport au groupe placebo (HR : 0,65 ; IC à 95 % : 0,48–0,90 ; p = 0,002).

Même efficacité homme-femme

Recommendation	Class ^a	Level ^b
<u>Statin therapy is recommended for people in primary prevention aged ≥ 40 years with HIV</u> , irrespective of estimated cardiovascular risk and LDL-C levels, to reduce the risk of cardiovascular events; the choice of statin should be based on potential drug interactions. ⁷	I	B

© ESC/EAS 2025

Grinspoon SK, Fitch KV, Zanni MV, Fichtenbaum CJ, Umbleja T, Aberg JA, et al. Pitavastatin to prevent cardiovascular disease in HIV infection. *N Engl J Med* 2023

Dyslipidémie et cancer

Essai STOP-CA : essai multicentrique, randomisé, contrôlé, en double aveugle, comparant l'atorvastatine à 40 mg par jour à un placebo chez 300 patients atteints de lymphome.

Critère d'évaluation principal : proportion de patients présentant une diminution absolue $\geq 10\%$ de la fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) jusqu'à une valeur finale de FEVG $< 55\%$ à 12 mois

Il a été observé plus fréquemment dans le groupe placebo que dans le groupe atorvastatine (22 % contre 9 %, respectivement ; $p = 0,002$).

Recommendation	Class ^a	Level ^b
Statins should be considered in adult patients at high or very high risk of developing chemotherapy-related cardiovascular toxicity ^f to reduce the risk of anthracycline-induced cardiac dysfunction. ^{9,132–134}	IIa	B

© ESC/EAS 2025

Neilan TG, Quinaglia T, Onoue T, Mahmood SS, Drobni ZD, Gilman HK, *et al.* Atorvastatin for anthracycline-associated cardiac dysfunction: the STOP-CA randomized clinical trial. *JAMA* 2023;**330**:528–36



Myocarditis and Pericarditis

12. Age- and sex-related aspects in inflammatory myopericardial syndrome	4015
12.1. Sex distribution	4015
12.2. Paediatric patients	4016
12.2.1. Myocarditis	4016
12.2.2. Pericarditis	4016
12.3. Pregnancy, lactation, and reproductive issues	4016
12.4. The elderly	4017
12.5. Physical activity in inflammatory myopericardial syndrome	4017
12.5.1. Mental health effect of restricting exercise	4017
12.6. Multidisciplinary teams for the management of inflammatory myopericardial syndrome	4017
17. Sex differences	4020

Distribution des péricardites et myocardites

- **myocardite aiguë** : plus fréquente chez les **hommes** (75 % à 84 %)
- En revanche, rapport hommes/femmes similaire dans les cas fulminants (46 % de femmes)

- Les **hommes âgés de 16 à 65 ans** présentent un **risque plus élevé de péricardite (risque relatif : 2,02)** que les femmes.
- probabilité de **récidive de péricardite** : plus élevée chez les **femmes** (HR : 1,67), probablement en raison de la fréquence plus élevée de certaines causes (par exemple, les **maladies auto-immunes**).

- Péricardite associée à la grossesse : rare, bon pronostic
- Un épanchement péricardique minime peut être physiologique pendant la grossesse
- Attention à l'association épanchement péricardique + prééclampsie
- Si désir de grossesse après myo/péricardite : attendre rémission
- Si péricardite pendant grossesse : possible usage de fortes doses d'Aspirine après 20 SA, ou corticoïdes à doses minimales tout au long de la grossesse
- La colchicine est compatible avec la grossesse et l'allaitement

Messages clés

Recommendations for pregnancy, lactation, and reproductive issues		
Pre-conception counselling is recommended in women with recurrent pericarditis or myocarditis to assess disease activity and to review therapy.	I	C
Recommendations for physical activity and myocarditis/pericarditis		
<u>Restriction of physical exercise until remission, for at least 1 month</u> , is recommended in athletes and non-athletes after IMPS using an individualized approach to accelerate recovery.	I	C
Recommendations for multidisciplinary teams in myopericardial syndromes		
A multidisciplinary team discussion at a referral centre is recommended in patients with high-risk/complicated IMPS to provide a patient-tailored approach.	I	C



Mental Health and Cardiovascular Disease

8. Mental health in specific populations and situations	4197
8.1. Sex and gender differences in mental health and cardiovascular disease	4197
8.1.1. Cardiovascular disease and mental health conditions in transgender individuals	4198
8.1.2. Sex and gender differences in mental health in people with obstructive coronary artery disease	4198
8.1.3. Sex and gender differences in mental health in ischaemia/angina with non-obstructive coronary arteries and coronary vasomotor disorders	4198
8.1.4. Sex and gender differences in mental health in people with takotsubo syndrome	4198
8.1.5. Sex and gender differences in mental health in people with heart failure	4198
8.1.6. Sex and gender differences in mental health in people with arrhythmias	4199
8.1.7. Mental health conditions associated with peri-partum cardiomyopathy	4199

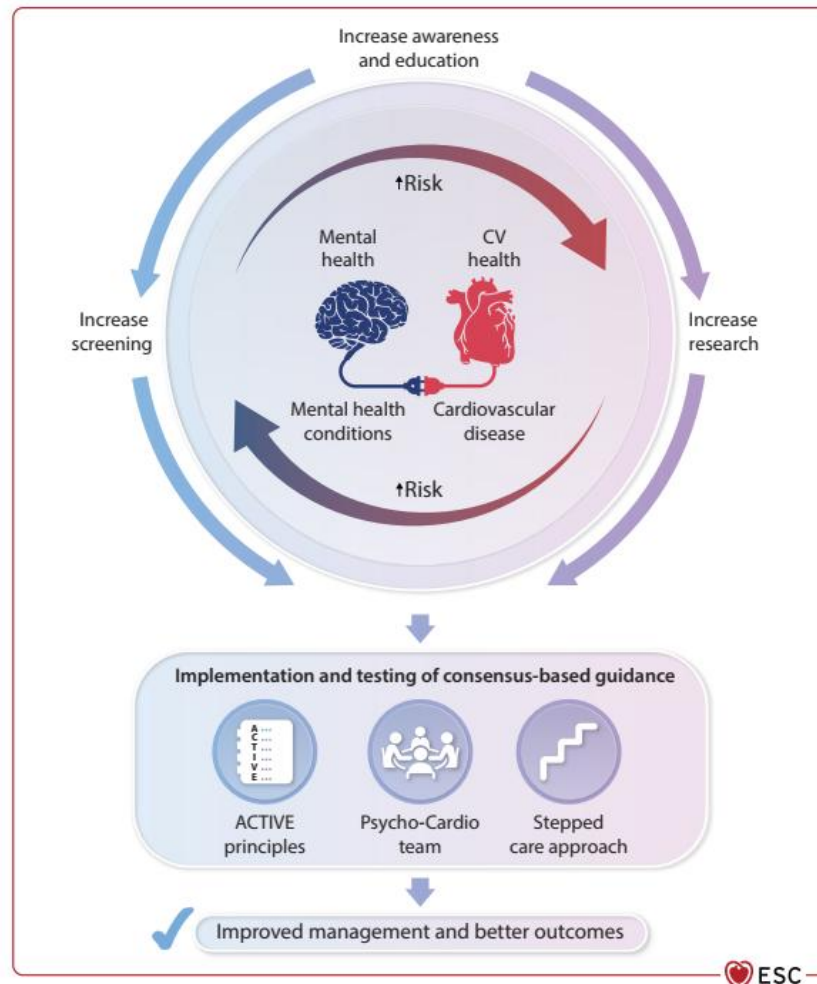
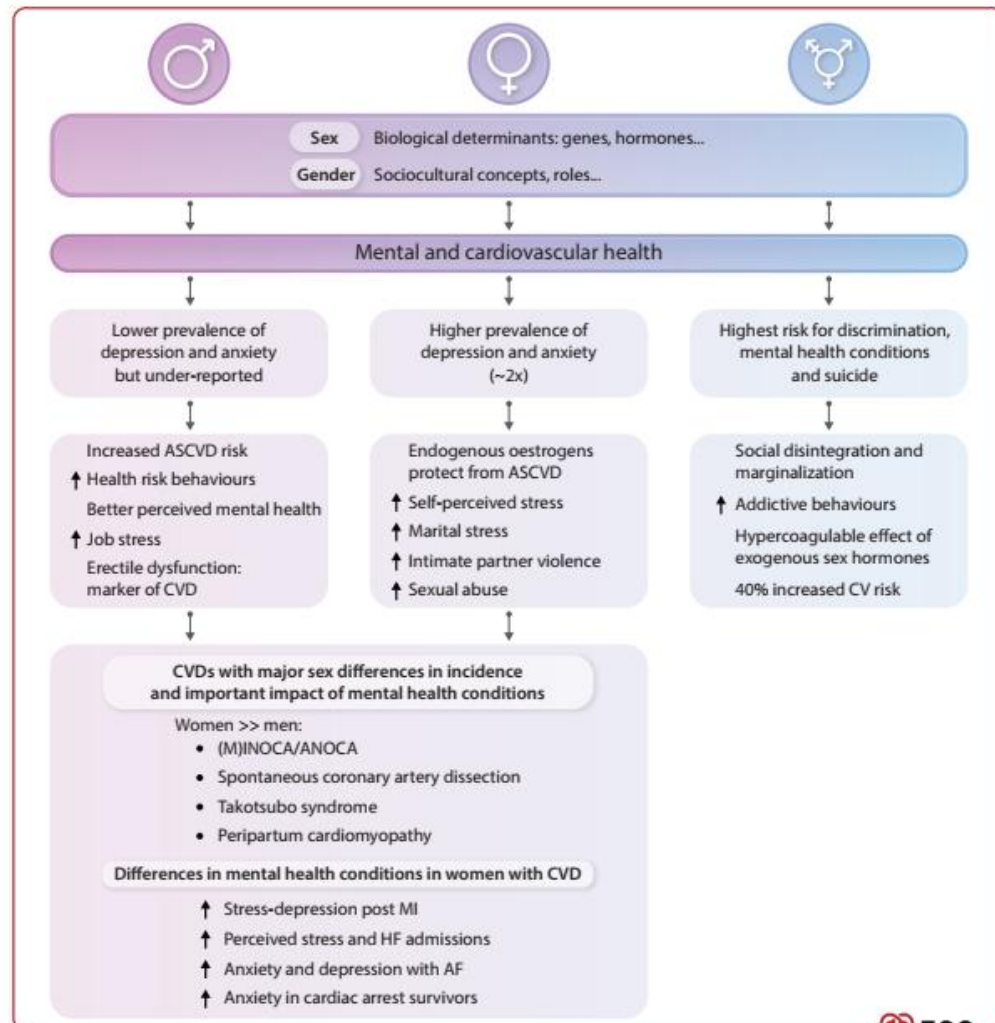


Figure 2 Mental/cardiovascular health, disease interaction, and future directions. CV, cardiovascular. ACTIVE, **A**cknowledge, **C**heck, (use validated) **T**ools, **I**mplement, **V**enture, **E**valuate (see [Figure 4](#)).



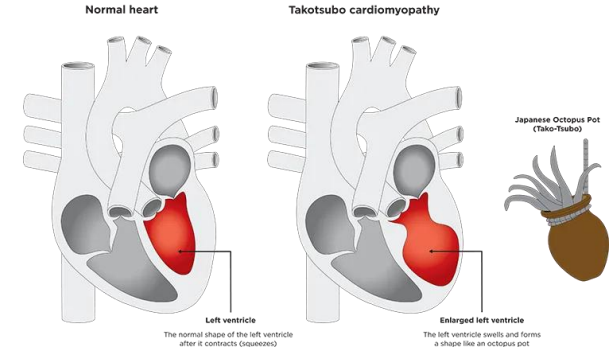
- diagnostic de maladie cardiovasculaire
 - > stress mental qui **affecte tous les genres**
- pays présentant les niveaux les plus élevés d'égalité des sexes
 - > plus fortes réductions des taux de mortalité par maladies CV

- **stress mental** : déclenche **dysfonctionnement endothélial et inflammation**
- stress mental chronique : facteur déclenchant important de la dissection spontanée de l'artère coronaire
- **dissection spontanée de l'artère coronaire** : **neuf fois plus fréquente chez les femmes**
- L'influence du stress mental sur l'INOCA/ANOCA contribue à leur sous-diagnostic et leur sous-traitement chez les femmes

Santé mentale et Tako Tsubo

- **huit à neuf fois plus fréquent chez les femmes** que chez les hommes
- **femmes de plus de 55 ans** : cinq fois plus susceptibles de développer un Tako Tsubo que les femmes plus jeunes

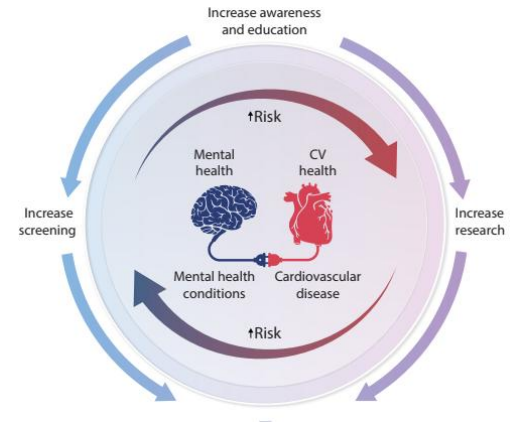
- stress physiques > plutôt les hommes
- stress émotionnel > plutôt les femmes



- Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine : pourrait prévenir la récurrence d'un Tako Tsubo chez des patient(e)s sélectionné(e)s

Santé mentale et insuffisance cardiaque

- La prévalence de l'insuffisance cardiaque varie selon le sexe :
 - **hommes** > plutôt insuffisance cardiaque à **fraction d'éjection réduite** suite à un syndrome coronarien aigu
 - **femmes** > plus souvent insuffisance cardiaque à **fraction d'éjection préservée** en raison de l'hypertension, de l'obésité et du vieillissement
- évolution progressive de l'insuffisance cardiaque
 - > limitations fonctionnelles croissantes
 - > augmente le stress
- stress psychologique et anxiété
 - > aggravent le pronostic de l'insuffisance cardiaque.



- fibrillation auriculaire : niveaux d'anxiété significativement plus élevés chez les femmes que chez les hommes
- dépression : plus fréquente chez les femmes atteintes de FA chronique
- **anxiété : facteur déclenchant important de la récurrence de fibrillation auriculaire** après cardioversion et ablation
- Dans une étude observationnelle prospective menée auprès de **survivants d'un arrêt cardiaque extrahospitalier**, les femmes ont rapporté des symptômes d'anxiété et de stress post-traumatique significativement plus élevés que les hommes, les femmes les plus jeunes présentant la plus grande sévérité des symptômes.

The image features a background of a medical ECG (heart rate) tracing on a grid. The grid is colored with a gradient from light blue on the left to light pink on the right. The ECG line is black and shows several distinct peaks and troughs. The text "Cardiovascular Disease and Pregnancy" is overlaid in the center in a white, bold, sans-serif font.

**Cardiovascular
Disease
and Pregnancy**

www.forumeuropeen.com

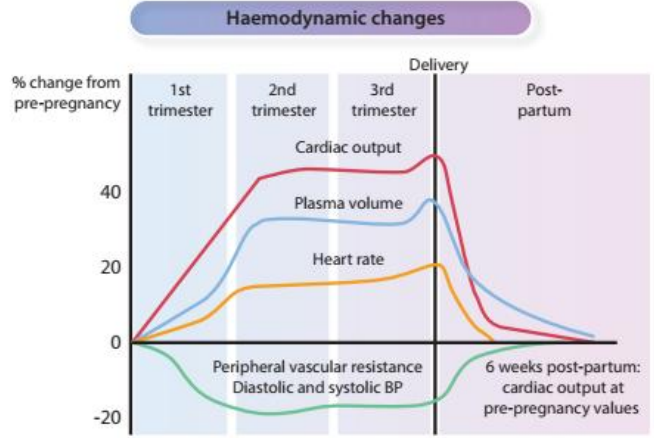
Cœur et grossesse

- 4 % des grossesses sont compliquées par des maladies cardiovasculaires.
- 10 % en incluant les troubles hypertensifs

- maladies cardiovasculaires maternelles : désormais la **principale cause de mortalité non obstétricale** chez les femmes enceintes
 - = 33 % des décès liés à la grossesse dans le monde.
- **68 % des décès liés à la grossesse causés par des maladies cardiovasculaires sont évitables**

- Chez les femmes présentant une maladie cardiovasculaire préexistante :
 - 16 % des grossesses sont compliquées par une maladie cardiovasculaire
 - 25% de complications néonatales.

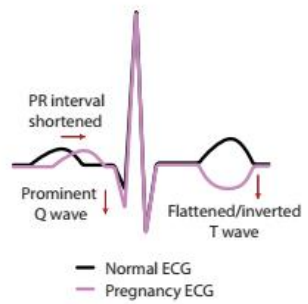
- femmes atteintes de maladies cardiovasculaires pendant la grossesse
 - >risque accru d'événements cardiaques plus tard dans leur vie
 - > **prévention secondaire cruciale**



Augmentation du risque :

- d'insuffisance cardiaque
- de troubles du rythme ventriculaire ou auriculaire
- d'accident thrombo-embolique

ECG changes



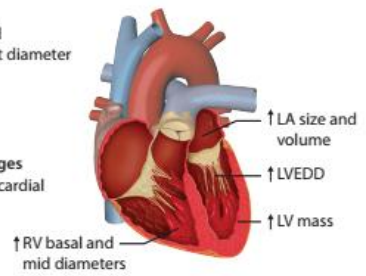
Echocardiographic changes

Unchanged

- Aortic root diameter
- LVEF
- RVEF
- SPAP

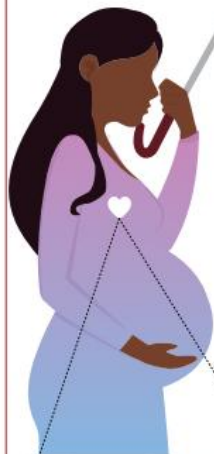
Small changes

- Small pericardial effusion



Pregnancy Heart Team

Extended with specific multidisciplinary teams if indicated



Pre-conception

- Risk assessment mWHO 2.0
- Genetic counselling
- Lifestyle counselling
- Reproductive technology
- Drug review
- Clinical optimization
- Contraception



Pregnancy

- Disease-specific
- Regular follow-up and risk assessment
 - Regular foetal assessment
 - Documented delivery plan



Delivery (plan)

- Timing and mode of delivery
- Foetal and maternal monitoring
- Anaesthesia and pain relief methods
- Drug management and bleeding control
- Device management



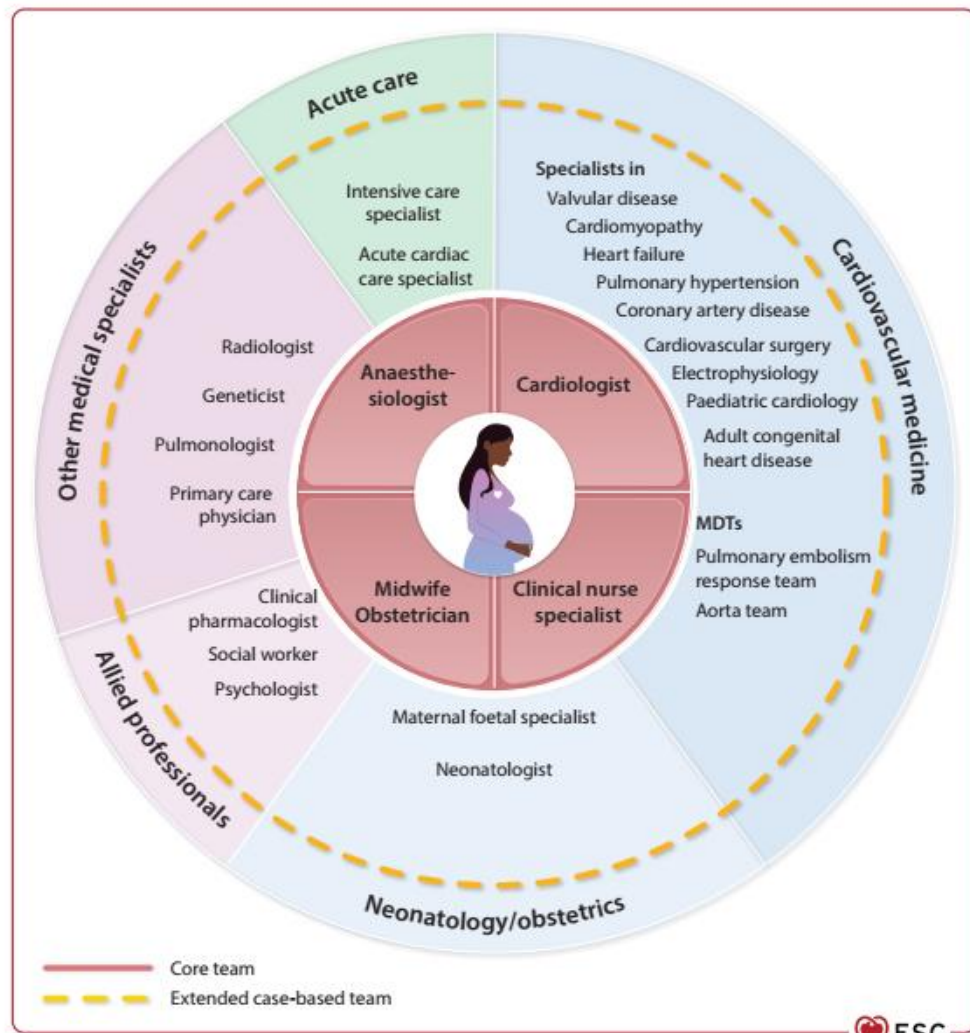
Post-partum

- Breastfeeding and lactation
- Contraception
- Maternal cardiac follow-up



Long term

- Identify adverse pregnancy outcome
- Women's Heart Clinic
- Cardiovascular risk factor screening



- Core team
- - - Extended case-based team

Méthodes diagnostiques pendant la grossesse

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Echocardiography		
Transthoracic echocardiography is recommended as first-line imaging tool in any pregnant woman with unexplained or new cardiovascular signs or symptoms. ⁹⁹	I	C
Biomarkers		
Measurement of BNP and NT-proBNP levels should be considered prior to pregnancy in women with HF of any aetiology, including previous PPCM, cardiomyopathy, ACHD, and PAH, and be monitored during pregnancy according to the underlying disorder and in case of new-onset or worsening symptoms. ¹¹⁴	IIa	B
Ionizing radiation		
It is recommended to limit exposure to all medical ionizing radiation doses to ALARA levels. ¹²¹	I	C
It is recommended to keep the radiation dose to the foetus as low as possible (preferably <50 mGy), particularly if the foetus is in the field of view. ^{120,121}	I	C
A CT scan should be considered for PE when clinical benefits outweigh the risks to the mother and foetus. ^{100,121,132}	IIa	C
A chest radiograph may be considered as a first-line imaging tool if other methods are not successful in clarifying the cause of dyspnoea.	IIb	C
Coronary angiography with minimal radiation may be considered during pregnancy if potential benefits outweigh the risks.	IIb	C
Cardiovascular magnetic resonance		
Discontinuation of lactation for 24 h should be considered in women in whom i.v. gadolinium is required. ^{133,139}	IIa	C
CMR imaging without gadolinium contrast should be considered for a definitive, clinically relevant diagnosis during pregnancy, if other non-invasive diagnostic measures are not sufficient. ^{135,136}	IIa	C

© ESC 2025

Timing et mode d'accouchement

Vaginal delivery is recommended in most women with CVD. ¹⁶¹⁻¹⁶³	I	B
Systemic antibiotic prophylaxis may be considered for delivery in women at high risk ^c . ¹⁷⁸	IIb	C
Routine induction of labour prior to 39 weeks is not recommended in women with stable CVD. ^{44,154}	III	C

Césarienne à privilégier si :

- Prise d'AVK au cours des 2 dernières semaines
- aortopathie à haut risque
- cardiomyopathie hypertrophique (CMH), obstruction sévère de la voie d'éjection du ventricule gauche, HTAP
- insuffisance cardiaque aiguë réfractaire

Attention : anticoagulants = contre-indication à la péridurale

Accouchement sous anticoagulants > bien détaillé dans ces recommandations

Médicaments et grossesse

Anticoagulants : compliqué !

- anticoagulants oraux directs : non recommandés pendant la grossesse (III C)
- AVK : possible tératogénicité (ossification) au 1^{er} trimestre, surtout si dose > 5 mg de warfarine/jour
- HBPM: safe pour le bébé mais plus de risque de thrombose pour la mère (antiXa à monitorer). Alternative : Fondaparinux
- HNF à éviter

Anti-Agrégants plaquettaires :

- Aspirine ok < 300 mg/jour
- Clopidogrel si besoin d'une biAAP (Ticagrelor : contre-indiqué)

Peuvent être utilisés :

- Diurétiques
- Flécaïne
- Inhibiteur calcique (amlodipine, nifedipine, verapamil)
- Beta-bloquants (labetalol, metoprolol, bisoprolol, et propranolol)

Non recommandés :

Ac antiPSCK 9
Diltiazem

Amiodarone : à éviter sauf dose unique si nécessaire

Contre-indiqués

- Gliflozines
- IEC et ARA 2
- Anti-aldostérone
- Acide bempédoïque : fortement contre-indiqué pendant la grossesse (prescrire contraception si prescription)

Statines : désormais contre-indiquées uniquement pendant l'allaitement

Pas de limitation des traitements en cas d'arrêt cardiaque maternel !

Peripartum cardiomyopathy (PPCM)

Definition

Symptoms and signs of heart failure with reduced LVEF <45% without any other explainable cause that occur during the peripartum period or in the months following delivery, termination or miscarriage

Risk factors

- Malnutrition
- Family history
- Genetic P/LP variants in DCM genes
- Previous PPCM
- Age <20 or >40 years
- Ethnicity
- Geographical region
- Multiparity, multiple pregnancies
- Fertility-assisted treatments
- Smoking
- Diabetes, hypertension, pre-eclampsia
- Prolonged use of tocolytic beta-agonists

Investigations



Physical exam



Electrocardiogram



Natriuretic peptide



X-ray



Echocardiography



CMR^a

Management by Pregnancy Heart Team

Pregnancy

- Adjusted acute HF treatment



Post-partum

- If no reversible cause is found, continue HF treatment
- Bromocriptine in addition to optimal HF treatment (Class IIb)
- Prophylactic anticoagulation if bromocriptine given (Class IIa)



Outcomes

- 25-60% of women show LVEF recovery by 6 months
- Substantial variation according to ethnic background and geographical region with worse outcome in Black women in the United States and among women in less developed countries worldwide



Informer du risque de récurrence en cas de grossesse +++

Toutes les pathologies sont détaillées dans les recos



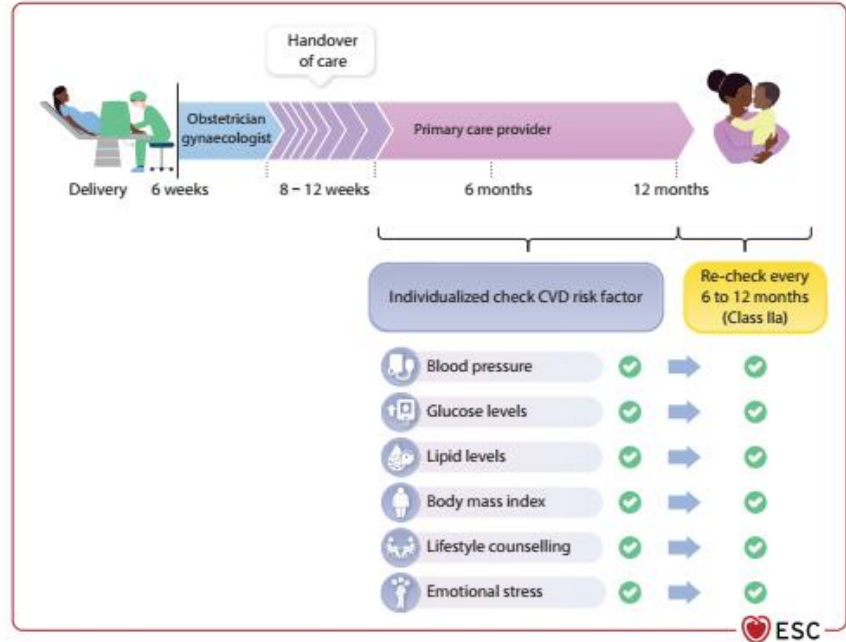
- Cardiomyopathie
- Troubles du rythme
- Pathologies de l'aorte
- Cardiopathies congénitales
- HTAP
- Maladie thrombo-embolique veineuse
- Syndrome coronarien
- HTA
- Valvulopathies
- Cancer...

Complications de la grossesse et risque CV

> Nécessité d'informer les femmes de la nécessité d'un suivi cardiovasculaire en post-partum et à distance

Adverse pregnancy outcomes

- Hypertensive disorders
- Gestational diabetes
- Small/large for gestational age
- Preterm delivery
- Pregnancy loss
- Placental abruption



Conclusion

- Cœur et femme : des spécificités à connaître pour améliorer la prise en charge
 - FDRCV différents
 - Présentations cliniques parfois différentes
 - Etiologies différentes
 - Prises en charge à personnaliser
- Importance du travail d'équipe
- Des recommandations... à lire et relire !

