

Recommandations de pratique clinique
de l'ESC pour la
**prise en charge de la
maladie cardiovasculaire
et de la grossesse :**
**ce que les patientes
doivent savoir**



Que sont les Recommandations de pratique clinique ?

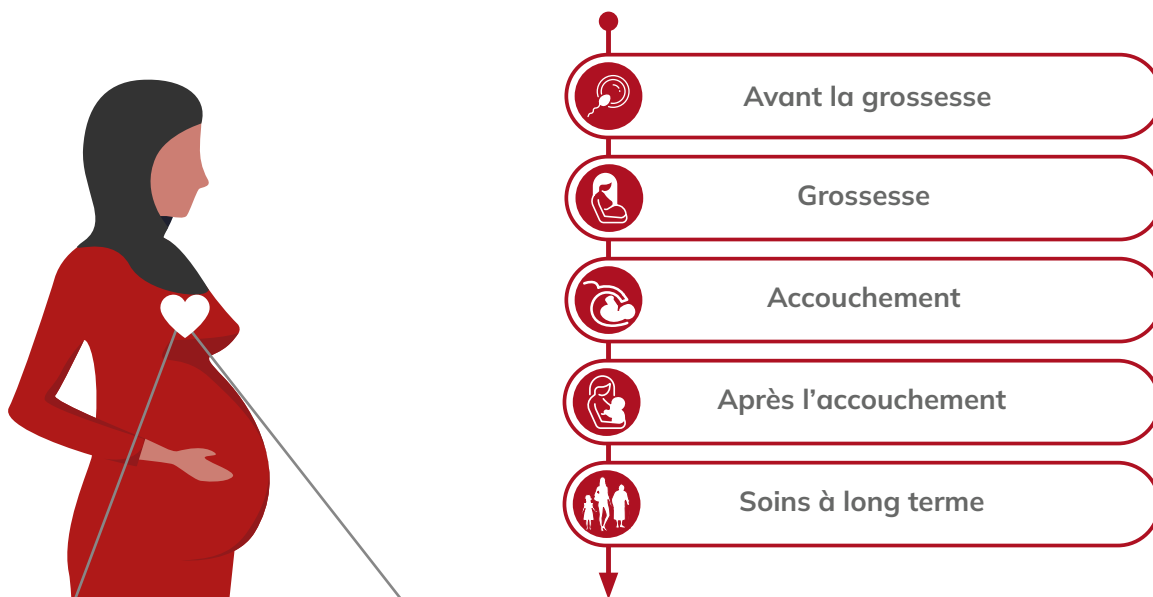
Les Recommandations de pratique clinique sont des documents élaborés par des professionnels de santé, des scientifiques et des patients. Elles s'adressent principalement au personnel médical et paramédical, et formulent des recommandations fondées sur les meilleures données médicales et scientifiques disponibles. Les recommandations permettent de garantir une prise en charge optimale des patients.

En quoi ce document peut-il m'aider ?

Ce guide s'appuie sur les [Recommandations de la Société Européenne de cardiologie \(ESC\) relatives à la prise en charge de la maladie cardiovasculaire et de la grossesse](#). Il est destiné aux patientes et à leurs familles.

Il explique la prise en charge de la grossesse chez les patientes présentant une maladie cardiovasculaire (MCV) préexistante et donne des conseils à suivre avant la grossesse, ainsi que des informations sur différents points tels que l'accouchement, l'allaitement et les soins maternels à long terme.

Ce document vise à vous donner l'assurance nécessaire pour travailler main dans la main avec votre équipe soignante et prendre des décisions éclairées.



Maladies cardiovasculaires

Cardiopathie congénitale
Insuffisance cardiaque
Hypertension artérielle pulmonaire
Thromboembolie
Cardiomyopathies

Valvulopathie
Maladie aortique
Troubles du rythme cardiaque
Troubles hypertensifs



Pourquoi se concentrer sur la grossesse ?

La grossesse provoque des modifications du système cardiovasculaire, afin de s'adapter aux besoins accrus de la mère et du bébé à naître. Ces modifications surviennent dès les premiers stades de la grossesse. Par exemple, le rythme cardiaque de la mère et la quantité de sang pompée par le cœur augmentent dès les 6 premières semaines de grossesse. La pression artérielle et la charge de travail cardiaque augmentent encore pendant le travail, puis diminuent rapidement après l'accouchement. Les contraintes additionnelles exercées sur le cœur doivent être prises en compte chez les femmes présentant un risque maternel accru (voir ci-dessous).

En outre, la grossesse est associée à des risques plus élevés de formation de caillots sanguins.

Certaines maladies cardiovasculaires (MCV) sont héréditaires, ce qui implique qu'elles peuvent être transmises aux enfants.

Il est important de noter que certains médicaments cardiovasculaires couramment prescrits sont contre-indiqués pendant la grossesse et l'allaitement.

Évaluation des risques maternels

Même si de nombreuses femmes atteintes d'une MCV connaissent une grossesse sans complication, il est essentiel que celles en capacité de procréer bénéficient d'une visite de contrôle personnalisée, afin de déterminer les répercussions éventuelles de la grossesse sur leur santé et celle de leur enfant.

L'évaluation des risques tient compte du type de MCV dont souffre la femme, de sa capacité à accomplir ses activités quotidiennes et de son traitement médicamenteux, ainsi que des facteurs de risque tels que l'âge, les antécédents tabagiques, l'obésité, toute autre maladie concomitante et les problèmes rencontrés lors de grossesses précédentes.

En fonction de la MCV sous-jacente, les [recommandations](#) évaluent le risque pour la santé de la mère en s'appuyant sur différentes classes (I à IV).

Classification de l'Organisation mondiale de la santé modifiée (OMSm) 2.0 :

Classe I : aucun risque accru détectable de décès et aucun risque accru ou risque accru léger pour la santé

Classe II : léger risque accru de décès ou risque accru modéré pour la santé

Classes II-III : risque accru intermédiaire de décès ou risque accru modéré à sévère pour la santé

Classe III : risque accru significatif de décès ou risque sévère pour la santé

Classe IV : risque extrêmement élevé de décès ou risque sévère pour la santé

Il est recommandé que les femmes présentant une MCV de classe de risque II-III ou supérieure soient suivies et prises en charge par une [équipe cardiovasculaire spécialisée dans la grossesse](#) dès la planification de la maternité, tout au long de la grossesse, lors de l'accouchement et pendant au moins 6 semaines après la naissance du bébé.

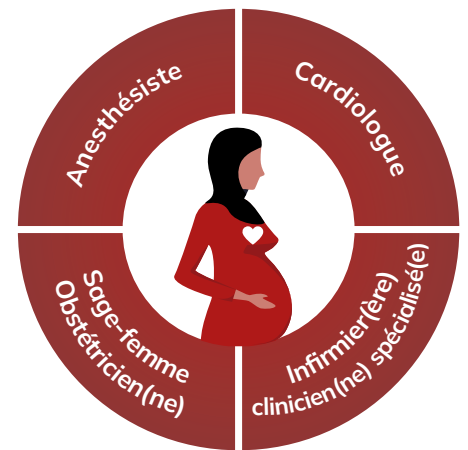
L'équipe cardiovasculaire spécialisée dans la grossesse

L'équipe cardiovasculaire spécialisée dans la grossesse comprend un(e) cardiologue, un(e) anesthésiste, un(e) sage-femme, un(e) obstétricien(ne) et une infirmier(ère) clinicien(ne) spécialisé(e). L'équipe est responsable de l'évaluation des risques, de l'élaboration d'un plan de soins collaboratif et de la surveillance.

Selon la situation clinique, l'équipe peut être complétée par d'autres professionnels de santé, tels qu'un médecin généraliste, un(e) chirurgien(ne), un(e) spécialiste en soins intensifs, un(e) psychologue ou un(e) conseiller(ère) en génétique.

Chez les femmes présentant des conditions à très haut risque (classe IV), il est essentiel d'engager un dialogue approfondi avec l'équipe cardiovasculaire spécialisée dans la grossesse au sujet des risques graves que la grossesse peut présenter pour la mère et le bébé. Vous pourrez ainsi examiner ensemble toutes les options, y compris la possibilité d'interrompre la grossesse et choisir celle qui vous paraît la plus adaptée. Un soutien émotionnel et psychologique vous sera proposé. Les différentes méthodes de contraception seront également abordées pour vous permettre de planifier votre avenir en toute sécurité.

Les préférences de la mère doivent être examinées en détail dans le cadre du processus de prise de décision partagée.



Conseil génétique

Certaines MCV sont héréditaires. Si le bébé est susceptible de présenter une maladie héréditaire, une consultation **de conseil génétique et des tests génétiques** sont recommandés avant la grossesse dans un centre spécialisé en cardiogénétique.

Si un parent est porteur d'une anomalie génétique identifiée, un test génétique préimplantatoire peut être envisagé. Cette démarche implique une fécondation *in vitro* (FIV) suivie de tests pour déterminer si l'embryon est porteur de l'anomalie. Ce service n'est pas accessible dans tous les établissements et ne concerne pas l'ensemble des maladies génétiques.

Une autre option consiste à effectuer des tests génétiques sur le liquide amniotique ou le placenta lorsque le bébé à naître est dans l'utérus. Certaines de ces options demandant un délai de mise en œuvre, il est important de consulter sans tarder.

Un accompagnement et un soutien psychologique sont essentiels pour vous aider, vous et votre partenaire, à prendre des décisions éclairées et à en comprendre pleinement les implications, tout en respectant le cadre éthique et juridique local.

Contraception

Toutes les filles et femmes atteintes d'une MCV devraient recevoir des informations sur la contraception dès leurs premières règles, afin de prévenir les grossesses non désirées et de choisir la méthode **la plus sûre et adaptée à leur situation**. Par exemple, certaines méthodes contraceptives, telles que la « mini-pilule » progestative, les stérilets hormonaux ou les implants contraceptifs, peuvent représenter une option plus sûre pour les femmes présentant un risque accru de formation de caillots sanguins. Il est également important de connaître la marche à suivre en cas de besoin d'une contraception d'urgence.

Médicaments

Avant de planifier une grossesse, il est crucial de consulter votre médecin pour définir le traitement médicamenteux le plus approprié pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement.

Pendant la grossesse, l'organisme peut réagir différemment aux médicaments. Par ailleurs, certains médicaments sont contre-indiqués pendant la grossesse et l'allaitement en raison de leurs effets nocifs sur le bébé.

Après évaluation par le médecin, certains traitements peuvent être poursuivis, ajustés, interrompus ou si nécessaire, instaurés.

Il est important de ne pas interrompre votre traitement sans avoir préalablement consulté votre médecin.

Grossesse

La prise en charge de la grossesse dépendra du type et de la sévérité de la MCV, mais **un suivi et une évaluation réguliers** de la **mère** et du **bébé** restent essentiels dans tous les cas.

Bien que les risques puissent être plus élevés chez les femmes atteintes d'une MCV que chez celles qui n'en sont pas atteintes, les risques pour la mère et le bébé restent **faibles dans de nombreux cas**, surtout lorsque la grossesse fait l'objet d'une surveillance attentive. Les femmes présentant une MCV plus sévère sont davantage exposées aux complications pendant la grossesse.

Les risques pour la mère pendant la grossesse incluent l'aggravation des MCV, l'insuffisance cardiaque, les arythmies, l'hypertension artérielle/la prééclampsie, ainsi que la formation de caillots sanguins dans les jambes et les poumons. Les risques pour le bébé à naître incluent la fausse couche, la mortinaissance, la naissance prématurée ou un retard de croissance lié à une diminution du débit sanguin, à la prise de certains médicaments ou à une alimentation insuffisante.

Au cours de la grossesse, vous travaillerez avec votre équipe soignante pour élaborer un **projet de naissance personnalisé**. Ce projet précisera si le travail doit être déclenché, comment gérer le travail et l'accouchement, ainsi que le suivi nécessaire après la naissance du bébé.



Accouchement

Les femmes enceintes atteintes d'une MCV sont plus susceptibles de développer des complications ou d'autres affections pendant l'accouchement que celles qui n'en sont pas atteintes, et certaines peuvent nécessiter une surveillance et des soins supplémentaires assurés par une équipe cardiovasculaire spécialisée dans la grossesse. Néanmoins, de nombreuses femmes atteintes d'une MCV peuvent bénéficier d'un accouchement sécurisé dans leur hôpital de proximité.

Chez la plupart des femmes présentant une MCV stable, le déclenchement du travail avant 39 semaines n'est pas recommandé pour des raisons cardiaques, en raison des risques potentiels pour le bébé.

La majorité des femmes présentant une MCV seront encouragées à privilégier un **accouchement par voie basse**, car les complications associées à l'accouchement vaginal sont généralement moins fréquentes. Les femmes présentant une MCV peuvent opter pour une césarienne, mais cette décision doit être discutée avec l'équipe obstétricale.

Dans certaines circonstances, une césarienne peut être recommandée. Cela concerne en particulier les femmes ayant pris des anticoagulants oraux, tels que la warfarine, au cours des 2 semaines précédant la grossesse. Chez les femmes sous anticoagulants, il est recommandé de planifier le moment de l'accouchement, afin de garantir une anticoagulation sûre et efficace pendant le travail et l'accouchement. Une MCV sévère ou instable constitue également une indication possible pour une césarienne.

Allaitement

L'allaitement maternel contribue à ce que le corps de la mère retrouve son état pré-grossesse. Il a été démontré qu'il diminue le risque futur de MCV et de mortalité. L'allaitement maternel peut favoriser la perte de poids et contribuer à l'amélioration de la pression artérielle, du cholestérol et de la glycémie.

Votre équipe soignante vous fournira des recommandations concernant l'allaitement et les médicaments que vous pouvez (ou ne pouvez pas) prendre pendant cette période.

Issues de grossesse défavorables

Les issues de grossesse défavorables incluent des affections telles que :

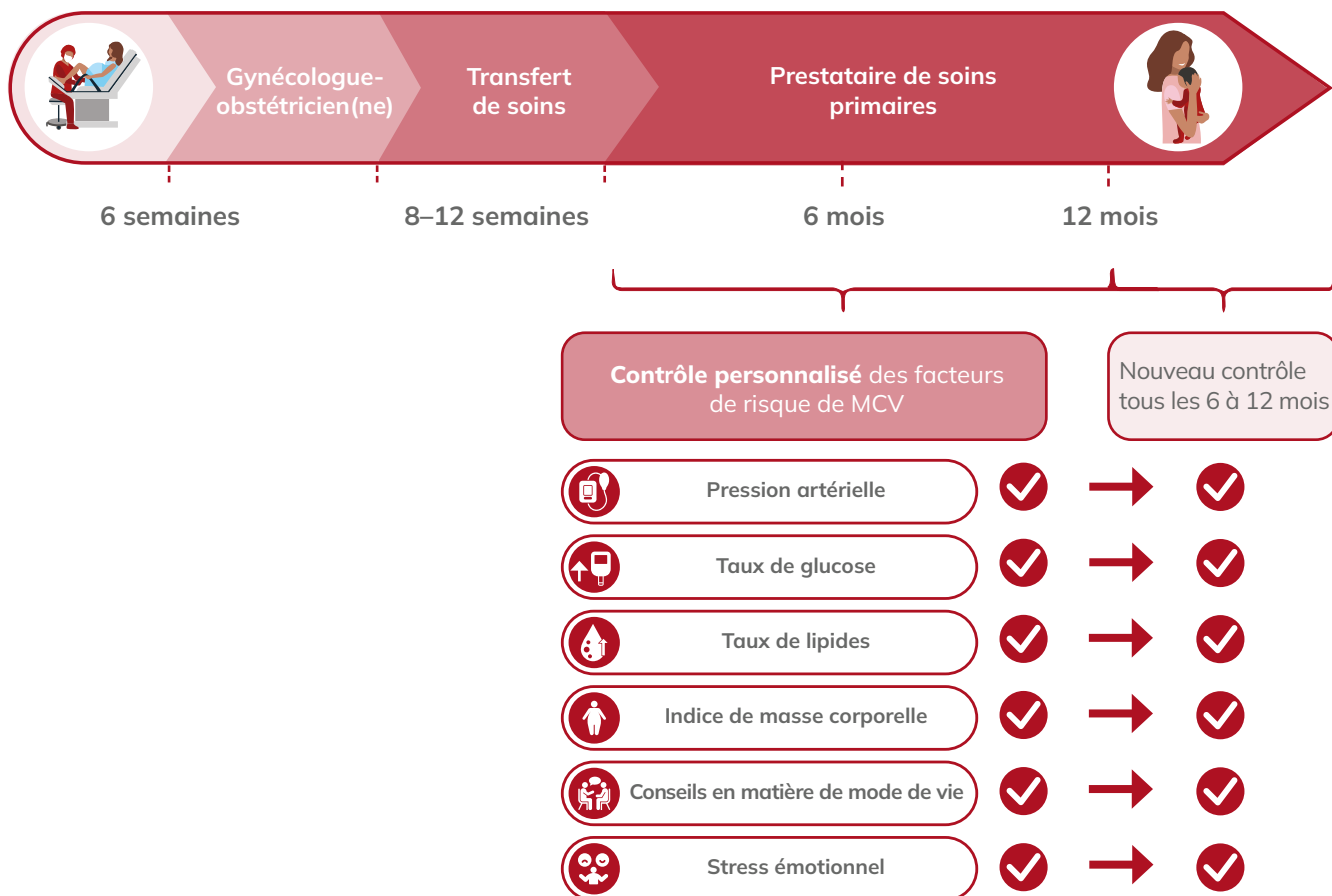
- Des troubles hypertensifs (hypertension artérielle) :
 - Hypertension préexistante
 - Hypertension gestationnelle : se développe après 20 semaines de grossesse et disparaît généralement dans les 6 semaines suivant l'accouchement
 - Prééclampsie : hypertension gestationnelle avec présence de protéines dans les urines et/ou atteinte d'organes (par exemple, complications rénales, hépatiques ou sanguines)
- Un diabète gestationnel
 - Type de diabète se manifestant pour la première fois au cours de la grossesse
- Une naissance prématurée
 - Accouchement avant 37 semaines de grossesse
- Un poids insuffisant ou excessif pour l'âge gestationnel
 - Lorsque le bébé a un poids faible ou élevé à la naissance

Les femmes ayant eu des complications au cours de leur grossesse présentent un risque accru de développer une MCV à long terme. Il est recommandé que ces femmes bénéficient d'un **suivi régulier** dans les semaines qui suivent l'accouchement, incluant une évaluation complète des risques cardiovasculaires et des contrôles répétés assurés par une équipe multidisciplinaire de professionnels de santé.

Des traitements supplémentaires peuvent s'avérer nécessaires. Par exemple, les femmes ayant développé une hypertension pourraient nécessiter des médicaments antihypertenseurs compatibles avec l'allaitement.

Il est essentiel que les femmes ayant vécu des complications pendant leur grossesse reçoivent des conseils sur l'importance d'un mode de vie sain, afin de préserver leur santé cardiovasculaire à long terme.

Accouchement



Santé mentale

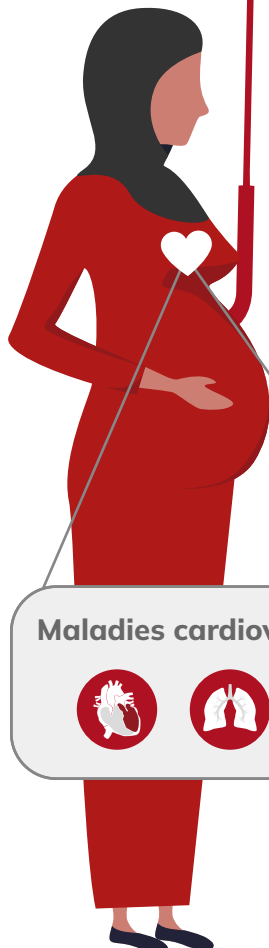
Chez les femmes récemment devenues mères dans la population générale, le risque de développer une dépression est d'environ 10 à 20 %. Ce risque est plus élevé chez les femmes présentant des problèmes de santé sous-jacents, tels que les MCV. Il est essentiel que les femmes atteintes d'une MCV bénéficient d'un **dépistage de la santé mentale régulier** par leur équipe soignante, afin de détecter rapidement tout problème et de leur fournir un soutien approprié.

Si vous vous sentez anxieuse ou présentez des signes de dépression, parlez-en à votre professionnel de santé. [Le guide du patient sur la santé mentale et les MCV](#) fournit également des informations sur les sources de soutien disponibles.

Messages clés

- Les femmes atteintes d'une MCV connue qui souhaitent démarrer une grossesse doivent subir une évaluation clinique avant la grossesse, afin d'estimer les risques, d'optimiser le traitement et de réduire le risque de complications.
- Avant la grossesse, l'équipe cardiovasculaire spécialisée dans la grossesse doit être impliquée dans l'évaluation des risques, le conseil et la prise en charge des femmes classées dans les catégories de risque II-III ou supérieures.
- La prise en charge doit être adaptée à chaque femme et s'inscrire dans un processus de décision partagée respectant ses choix.
- Selon le type et la sévérité de la MCV, les femmes doivent bénéficier d'une évaluation pendant la grossesse et d'un plan d'accouchement détaillé établi à l'avance.
- Pour la plupart des femmes atteintes d'une MCV, l'accouchement par voie basse reste la première option recommandée.
- Les femmes ayant vécu des complications pendant leur grossesse doivent être informées des risques à long terme, bénéficier de conseils sur un mode de vie sain et d'autres mesures préventives, et se voir proposer un suivi adapté.
- Il est primordial de consulter un professionnel de santé en cas d'inquiétude.

Équipe cardiovasculaire spécialisée dans la grossesse



Maladies cardiovasculaires



Avant la grossesse

- Évaluation des risques
- Conseil génétique
- Conseils en matière de mode de vie
- Contraception
- Examen des médicaments



Grossesse

Spécifique à la maladie

- Suivi régulier et évaluation des risques
- Examen régulier du bébé
- Plan d'accouchement documenté



Accouchement

- Moment et mode d'accouchement
- Surveillance du bébé et de la mère
- Méthodes d'anesthésie et de soulagement de la douleur
- Gestion des médicaments et contrôle des saignements



Après l'accouchement

- Examen des médicaments
- Allaitement
- Contraception
- Suivi cardiaque maternel



Soins à long terme

- Identification des issues de grossesse défavorables
- Dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire

Ce guide destiné aux patientes est une version simplifiée des [Recommandations 2025 de l'ESC pour la prise en charge de la maladie cardiovasculaire et de la grossesse](#).

Auteurs

Michèle de Hosson, Cardiologie, Hôpital universitaire de Gand, Gand, Belgique

Eva Goossens, Centre de recherche et d'innovation en matière de soins, Département des sciences infirmières et obstétricales, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université d'Anvers, Anvers, Belgique, et Département de santé publique et de soins primaires, KU Leuven, Louvain, Belgique, et Département des soins aux patients, Hôpital universitaire d'Anvers, UZA, Anvers

Françoise Steinbach, Forum des patients de l'ESC, Sophia Antipolis, France

Nina Eide Hasselberg, Département de cardiologie, Hôpital universitaire d'Oslo, Rikshospitalet, Oslo, Norvège

Matthew Cauldwell, Obstétrique, St George's Hospital, Londres, Royaume-Uni

Julie De Backer, Cardiologie, Hôpital universitaire de Gand, Gand, Belgique, et Centre de génétique médicale, Hôpital universitaire de Gand, Gand, Belgique

Kristina H. Haugaa, Département de cardiologie, Hôpital universitaire d'Oslo, Oslo, Norvège, et Institut de médecine clinique, Université d'Oslo, Oslo, Norvège

Clause de non-responsabilité

Ce document a été adapté à partir des Recommandations de l'ESC pour la prise en charge de la maladie cardiovasculaire et de la grossesse (European Heart Journal 2025 - doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf193) publiées le 29 août 2025.

Copyright © European Society of Cardiology 2026 — Tous droits réservés.

Le présent document a été publié à des fins personnelles et éducatives uniquement. Aucune utilisation commerciale n'est autorisée. Aucune partie du présent document ne peut être traduite ou reproduite sous quelque forme que ce soit sans l'autorisation écrite de l'ESC. L'autorisation peut être obtenue sur demande écrite adressée à l'ESC, Practice Guidelines Department, Les Templiers - 2035, Route des Colles - CS 80179 Biot - 06903 Sophia Antipolis Cedex - France. E-mail : guidelines@escardio.org

Le présent document a été adapté à partir des Recommandations de l'ESC afin d'aider les patients et les aidants. Il représente le point de vue de l'ESC et a été rédigé après un examen minutieux des connaissances scientifiques et médicales, ainsi que des preuves disponibles au moment de sa publication. L'ESC n'est pas responsable en cas de contradiction, de divergence et/ou d'ambiguïté entre les Recommandations de l'ESC et toute autre recommandation ou directive officielle émise par les autorités de santé publique compétentes, notamment en ce qui concerne la bonne utilisation des soins de santé ou des stratégies thérapeutiques. Veuillez vous référer au préambule des recommandations originales pour plus de détails sur le rôle des Recommandations de pratique clinique et sur la responsabilité individuelle des professionnels de santé dans la prise de décisions concernant la prise en charge des patients.