

## Item231-1-Valvulopathies - Insuffisance mitrale

### Objectifs CNCI

- Diagnostiquer une insuffisance mitrale, un rétrécissement aortique, une insuffisance aortique.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.
- Connaître les principes de suivi des patients avec prothèses valvulaires.

### Recommandations

- Valvulopathies / ESC / 2012
- ETT et IM / HAS / 2012
- ALD cardiopathie valvulaire / HAS / 2008
- Valvulopathies / SFCC / 2005
- Polycopié National Cardiologie 2010

### Mots-clés / Tiroirs

- Dégénérative: Barlow / fibro-élastique
- RAA-akinésie ; IDM-endocardite-rupture
- Mitral / systolique / jet de vapeur / aisselle
- ETT (3) / ECG (3) / RTx (2)
- Pré-op: opérabilité / infectieux / vasc.
- Chirurgie: FEVG < 60% ; DTS > 45mm
- Traitement conservateur: plastie mitrale ++
- Remplacement valvulaire Ao / CEC
- Bioprothèse ou mécanique: +/- 70ans
- Si AVK au long cours: INR = 2.5-3.5
- Surveillance asympt.: Cs-ETT 1x/6M

### NPO / A savoir !

- IM aiguë: tropo / température
- ICG: dyspnée / RTx / FEVG
- IM symptomatique = chirurgie
- Education du patient (AVK / P)
- Prophylaxie de l'endocardite

## Généralités

### Définition

- IM = régurgitation systolique du ventricule gauche (VG) vers l'oreillette gauche (OG)
- !! 2ème valvulopathie la plus fréquente après le RAO

### Physiopathologie

- **IM chronique**
  - Fuite mitrale chronique = dilatation progressive de l'oreillette gauche
  - En aval: surcharge diastolique pure du VG = dilatation VG sans HVG
  - En amont: augmentation des pressions capillaires = ICG chronique
  - !! Dilatation VG = dilatation de l'anneau mitral → IM auto-entretenu
- **IM aiguë**
  - Rupture de pilier (IDM) ou mutilation (endocardite) = fuite mitrale brutale
  - Pas de temps pour les mécanismes d'adaptation: mal tolérée → OAP brutal

## Etiologies

### IM chronique

- **IM dégénérative (= dystrophique) +++**
  - **Dégénérescence myxœide = maladie de Barlow**
    - Terrain typique: femme jeune (30-40ans)
    - Prolapsus valvulaire → valves flasques / ballonnées
  - **Dégénérescence fibro-élastique**
    - Terrain typique: homme âgé (60-80ans)
    - Etirement des cordages → risque de rupture ++
- **Akinésie post-IDM**

- cf plaque fibreuse en post-IDM = dysfonction d'un pilier
- → traction des cordage (« tenting »): absence de coaptation
- **Rhumatisme articulaire aigu (RAA)**
  - = rétraction et calcification de la valve (auto-Ac post-SGA)
  - Rare dans les pays développés / RM associé dans 90% des cas
- **IM fonctionnelle secondaire**
  - Toute dilatation du VG entraîne une dilatation de l'anneau
  - Ex: cardiopathies hypertensives / dilatées / ischémique / IAo ++
- IM aiguë**
- **IDM inférieur:** par rupture de pilier (postérieur) ou de cordage, dysfonction ischémique piliers (**A savoir !**)
- **Endocardite infectieuse:** par mutilation des valves +/- rupture de cordage
- **Rupture de cordage:** compliquant une IM dystrophique (fibro-élastique ++)

## Diagnostic

### Examen clinique

- **Interrogatoire**
  - **Terrain:** autres valvulopathies (IAo ++) / atcd d'IDM
  - **Anamnèse:** mode de survenue (IM aiguë ou chronique)
  - **Signes fonctionnels**
    - **IM chronique:** asymptomatique +++ puis ICG
      - → dyspnée d'effort progressive / asthénie
    - **IM aiguë:** dyspnée brutale +/- choc cardiogénique
      - syndrome de rupture de cordage: DT « en coup de fouet » (rare !)
- **Examen physique**
  - **Auscultation cardiaque**
    - **signes positifs = souffle d'IM**
      - maximal au foyer mitral
      - souffle holosystolique
      - timbre en « jet de vapeur »
      - irradiant à l'aisselle
  - **Evaluation du retentissement (2x2)**
    - **Signes auscultatoires associés**
      - **HTAP: éclat du B2** au foyer pulmonaire (≠ Valvulopathies - Rétrécissement aortique !)
      - **ICG:** crépitants d'OAP / galop proto-diastolique: B3
    - **Signes périphériques**
      - **IC:** IVG (dyspnée d'effort / asthénie) / signes d'ICD
      - **FA +++ :** pouls irrégulier / tachycarde
  - **Orientation étiologique**
    - **IM aiguë:** douleur thoracique / ECG / prise température (**A savoir !**)
    - **IM chronique:** terrain (jeune-vieux) / PVD / atcd d'IDM / souffle d'IAo

### Examens complémentaires

- **Echo-doppler cardiaque trans-thoracique (ETT)**
  - +/- ETO: systématique en cas d'IM aiguë +++
  - **Pour diagnostic positif**
    - Défaut de coaptation des petite et grande valves mitrales / fuite
    - Doppler: quantifier la fuite / SOR: surface de l'orifice régurgitant
  - **Pour évaluation du retentissement**
    - Mesure de la **dilatation** de l'OG et du VG / mesure **FEVG** +++
    - Rechercher une valvulopathie associée (IAo) / bicuspidie Ao
  - **Pour orientation étiologique**
    - Maladie de Barlow = prolapsus / ballonnement valvulaire
    - Maladie fibro-élastique = valves fines ou cordages étirés
    - Post-IDM = akinésie / rupture de cordage / piliers
    - Endocardite = végétations
    - Pour RAA = calcifications
- **Pour évaluation du retentissement**
  - **ECG de repos,** recherche:
    - **HAG:** durée de P ↑ (> 120ms) avec amplitude normale (≠ HAD)
    - **HVG:** Sokolov (SV1 + RV5) > 35mm / systolique: ondes T(-) en V5/V6
    - **AC/FA:** arythmie / trémulation, etc. (C° de la dilatation de l'OG)

- **Radio de thorax**
  - **Dilatation:** VG = cardiomégalie (ICT > 0.5) / OG = disparition arc gauche
  - **Surcharge +/- OAP:** massif en cas d'IM aiguë (« poumons blancs »)
- **Dosage du BNP**
  - à visée pronostique: mauvais si > 400 pg/ml (dilatation VG)
  - !! Dosage du BNP non indiqué à visée pronostique en pratique courante (cf. [Insuffisance cardiaque de l'adulte](#))
- **Pour bilan pré-thérapeutique**
  - si indication chirurgicale / !! idem pour toute chirurgie cardiaque
  - **Bilan d'opérabilité:** Euroscore et PS / GDS +/- EFR / iono-créatinine / TA-PAL-GGT
  - **Bilan infectieux:** TDM sinus-Cs ORL / panoramique-Cs stomato / ECBU / BMR
  - **Bilan vasculaire:** échod TSA / coronarographie (dès que > 40ans ou ≥ 1 FdR CV)
  - **Bilan pré-opératoire:** Gpe-Rh-RAI / hémostase / ECG / Cs anesthésie

#### Signes de gravité d'une IM

- **Clinique**
  - OAP +/- signes de choc cardiogénique si IM aiguë
  - ICG (dyspnée / galop B3) +/- IVD (OMI) si IM chronique
  - AC/FA = pouls irrégulier et tachycarde
  - Eclat du B2 (HTAP)
- **Paraclinique**
  - ETT: SOR > 0.3cm2 / reflux systolique dans les veines pulmonaires
  - ECG: fibrillation auriculaire / HVG
  - RTx: cardiomégalie / surcharge pulmonaire

## Evolution

### Histoire naturelle

- IM chronique d'évolution lente: longtemps asymptomatique puis ICG puis ICD
- !! Auto-entretien dans l'IM: DOG = ↑ VTD du VG = DVG = dilatation de l'anneau
- Apparition des symptômes = tournant évolutif
- Survie à 5ans < 25% si NYHA III

### Complications

- Insuffisance cardiaque +++ : ICG puis ICD puis ICG (cf [Insuffisance cardiaque de l'adulte](#)) (**A savoir !**)
- Fibrillation auriculaire et complications +++ (AVC / aggravation de l'ICG) (cf [Fibrillation atriale](#))
- Endocardite infectieuse (cf [Endocardite infectieuse](#))
- Rupture de cordage (sur IM dégénérative ou sur endocardite)
- Troubles du rythme ventriculaires (TV): plus rares

## Traitement

### Prise en charge

- IM aiguë = hospitalisation en urgence / en chirurgie cardiaque
- IM chronique bien tolérée = suivi ambulatoire régulier

### Traitement chirurgical

- **Indications**
  - **IM aiguë:** traitement chirurgical en urgence systématique
  - **IM chronique**
    - **symptomatique:** dès que dyspnée d'effort (NYHA II)
    - **asymptomatique:** dès que:
      - **FEVG < 60%** (!! ≠ IAo et RAo où c'est 50%)
      - DTS VG > 45mm / IM compliquée (**FA** ++ / HTAP>50mmHg)
      - DTS VG > 40 mm si risque opératoire faible et plastie réalisable (mécanisme par rupture de cordage)
- **Modalités**
  - **Conservateur = plastie mitrale +/- annuloplastie (sous CEC)**
    - En 1ère intention tant que possible / sur rupture de cordage ++
    - Impossible si appareil sous-valvulaire atteint (IDM)
  - **Non conservateur = remplacement valvulaire mitral (sous CEC)**
    - **Bioprothèse**
      - **âge > 65-70ans** en l'absence de risque embolique
      - femme en âge de procréer / CI ou refus des AVK

- **Prothèse mécanique**
  - **âge < 65-70ans** sans contre-indication aux AVK
  - patient ayant déjà une valve mécanique ou sous AVK
- **Si prothèse mécanique: anticoagulants**
  - AVK (fluindione: Prévican®) / à **vie** / INR cible = **2.5 - 3.5** (≠ IAo !)
  - Education du patient aux AVK (10 / cf [Spondylarthrite inflammatoire.](#)) (**A savoir !**)

#### Traitement symptomatique

- **Indications**
  - IM symptomatique avec contre-indication à la chirurgie
- **Traitement de l'ICG (cf Insuffisance cardiaque de l'adulte)**
  - MHD +++ (restriction hydro-sodée) / réhabilitation à l'effort
  - Traitement médicamenteux: IEC / diurétiques / BB (!! CI si IAo importante)

#### Education du patient +++

- **Prophylaxie de l'endocardite chez le valvulopathe (5A savoir ! ( ))**
  - Information du patient et du médecin traitant
  - Bilan ORL et stomato (dentaire) **annuel**
  - Hygiène bucco-dentaire et cutanée stricte
  - Antibio prophylaxie en cas de soins dentaires à risque chez patient avec prothèse
  - Signes d'alarme et conduite à tenir en cas de fièvre
- **En cas de prothèse valvulaire, ajouter:** (cf [Surveillance des porteurs de valve et prothèses vasculaires.](#))
  - **Carte** de porteur de prothèse valvulaire / à avoir toujours sur soi
  - !! Si prothèse mécanique: éducation du patient sous **AVK** (cf [Spondylarthrite inflammatoire.](#))

#### Surveillance

- **Si IM chronique asymptomatique**
  - Repérer le moment où la FEVG passe entre 60% (chirurgie) et 30% (risque)
  - → consultation cardiologie / ECG / **ETT = 1x/ 6M - 1an**
  - (**ETT et IM / HAS / 2012**: ETT annuelle non indiquée si grade 1 ou 2 asymptomatique)
- **Si IM opérée: surveillance de la prothèse**
  - Médecin traitant: **1x/3mois** (et INR + NFS-P 1x/M)
  - Cardiologue: **à 3 M post-op puis 1x/6M** minimum (ECG + ETT)
  - Bilan ORL-dentaire 1x/an
  - ETT à 3M post-op puis systématiquement **1x/6M-1an** (Cs cardio)

## Synthèse pour questions fermées

3 intérêts de l'ETO dans l'insuffisance mitrale ?

- Dépistage endocardite (certaines végétations non vues en ETT)
- Ruptures partielles de cordage
- Pré-thérapeutique : précise au chirurgien les segments des feuillets mitraux atteints si prolapsus

Quel diagnostic évoquer devant une dyspnée aiguë chez un patient avec un prolapsus valvulaire mitral ?

- Insuffisance mitrale aiguë sur rupture de pilier

2 causes d'insuffisance mitrale à la phase aiguë d'un SCA ST+ ?

- Rupture de pilier
- Dysfonction ischémique des piliers