

Item231-3-Valvulopathies - Rétrécissement aortique

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	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
<ul style="list-style-type: none"> - Valvulopathies / ESC / 2012 - ETT et IM / HAS / 2012 - ALD cardiopathie valvulaire / HAS / 2008 - Valvulopathies / SFCC / 2005 - Polycopié National Cardiologie 2010 	<ul style="list-style-type: none"> - Dégénératif (RAC) / bicuspidie / RAA - Aortique / systolique / rude / carotide - Effort puis repos / dyspnée / syncope - SdG: abolition du B2 / SF / ICG / télé - Préop: opérabilité / infectieux / vasc. - Chirurgie: sympto. ou FEVG < 50% - Remplacement valvulaire Ao / CEC - Bioprothèse ou mécanique: +/- 70ans - Serré et asymptomatique: test d'effort - Si AVK au long cours: INR = 2-3 - Surveillance asympt.: Cs-ETT 1x/6M 	<ul style="list-style-type: none"> - Valvulopathie associées - Serré: < 1cm2 ou < 0.6cm2/m2 - ICG: dyspnée / RTx / FEVG - RAO non serrée = abstention - RAO symptomatique = chirurgie - Education du patient (AVK / P) - Prophylaxie de l'endocardite

Généralités

Définition

- Sténose de la valve aortique s'opposant à la systole du ventricule gauche (VG)
- !! valvulopathie la plus fréquente dans les pays développés (5% des > 75ans)

Physiopathologie

- **Mécanismes adaptatifs**
 - **Hypertrophie du VG:** cf ↑ post-charge = HVG (loi de Laplace) sans dilatation
 - **Dysfonction du VG:** altération diastolique par ↓ compliance (systole normale ++)
- **Mécanismes symptomatiques**
 - **Syncope d'effort:** par dysfonction diastolique: impossible d'↑ le Qc à l'effort
 - **Angor:** multifactoriel: HVG = MVO2 ↑ tandis que Qcoro ↓ (car diastole ↓)

Etiologies

Rétrécissement aortique (RAo) toujours chronique

- **RAo dégénératif (= maladie de Monckeberg) +++**
 - Etiologie la plus fréquente dans les PD / 75% des cas de RAo
 - **Calcification** (« RAC ») de la valve +/- extension au septum/anneau
- **RAo congénital (= bicuspidie aortique)**
 - A toujours évoquer devant un RAo du sujet jeune (< 50ans)
 - Le plus souvent: bicuspidie aortique (2 cuspides au lieu de 3)
- **Rhumatisme articulaire aigu (RAA)**
 - Fusion commissurale / secondaire à une infection à SGA
 - Devenu très rare dans les pays développés mais PVD ++

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain:** typiquement sujet âgé / autre valvulopathie
 - **Anamnèse:** date et circonstances de découverte / évolutivité
 - **Signes fonctionnels**
 - Asymptomatique pendant longtemps / 1er signe = **asthénie**

- **Signes à l'effort:** dyspnée / angor / syncopes (lipothymies)
- Puis signes fonctionnels au repos = signe de gravité +++
- **Examen physique**
 - **Auscultation cardiaque**
 - **signes positifs = souffle de RAo**
 - maximum au foyer aortique (2e/3e EIC droit)
 - méso-systolique
 - timbre « rude et râpeux »
 - irradiant aux carotides
 - **Retentissement: signes de RAo serré +++**
 - **Signes auscultatoires associés**
 - Diminution ou **abolition du B2**
 - Intensité maximale téléstolique du souffle
 - Souffle de faible intensité (ex: 2/6°: rigidité ++)
 - **Signes périphériques**
 - Symptômes d'effort: dyspnée / angor / syncope
 - ICG: dyspnée à l'effort puis au repos
 - PA pincée ou hypotension artérielle
 - **Orientation étiologique**
 - Vieux = dégénératif / jeune = bicuspidie / migrant = RAA

Examens complémentaires

- **Echo-doppler cardiaque trans-thoracique (ETT) +++**
 - **Pour diagnostic positif**
 - RAo = valve aortique remaniée/épaissie et ouverture diminuée
 - **Sévérité: quantification du RAo, est dit « serré » si**
 - Surface aortique < **1cm²** ou < **0.6 cm²/m²** (de surface corporelle) (**A savoir !**)
 - Gradient transvalvulaire moyen (VG-Aorte): GTV > 40 mmHg
 - Vmax (m/s) : > 4
 - **Pour évaluation du retentissement**
 - Sur le VG: mesure de la **FEVG** / épaisseur du VG (**HVG**)
 - Sur l'aorte: mesure du diamètre de l'Ao (recherche dilatation)
 - Recherche de valvulopathies associées / examen du péricarde
 - **Pour diagnostic étiologique**
 - RAo dégénératif = calcifications / remaniements
 - RAo congénital = bicuspidie aortique
 - RAo sur RAA = fusion commissurale
- **Pour évaluation du retentissement**
 - **ECG de repos**
 - **HVG:** index de Sokolow (SV1 + RV5 > 35mm) / axe gauche: < - 30°
 - **systolique:** négativation des ondes T en V5-V6
 - **SdG:** rechercher TdC (BAV) / TdR (TV) (sur HVG)
 - **Radiographie thorax**
 - !! Pas de dilatation du VG donc pas de cardiomégalie
 - Rechercher dilatation de l'Ao ascendante / calcifications
 - **BNP plasmatique**
 - A visée pronostique en cas d'insuffisance cardiaque gauche
 - !! Sosage du BNP non indiqué à visée pronostique en pratique courante (cf. [Insuffisance cardiaque de l'adulte](#))
 - **Epreuve d'effort**
 - **Indication:** devant un RAo serré **asymptomatique** / pour indication chirurgicale
 - **Résultat:** si signes fonctionnels ou ↑ PA < 20mmHg: EE positive → indication
- **Pour bilan pré-thérapeutique**
 - si indication chirurgicale / !! idem pour toute chirurgie cardiaque
 - **Bilan d'opérabilité:** Euroscore et PS / créatinine / BHC / GDS / EFR / ETO
 - **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
 - **!! Remarques**
 - l'objectif de la coro est de prévoir un pontage perop, pas de dilater les sténoses !

Signes de gravité d'un RAo

- **Cliniques**
 - Tout RAo **symptomatique** est forcément serré (!! mais pas l'inverse)
 - Signes fonctionnels d'effort puis de repos: lipothymie-syncope / angor / dyspnée

- Diminution ou **abolition du B2** / HypoTA ou PA pincée
- Signes d'insuffisance cardiaque: ICG (dyspnée) puis ICD
- **Paracliniques**
 - **ETT +++** : **S < 1cm²** (ou < 0.6cm²/m²) / GTV > 40mmHg
 - **ECG**: TdR ou TdC sur HVG systolique

En pratique, CAT devant un RAO +++

- **Symptomatique** = chirurgie directe
- **Asymptomatique** = selon l'ETT
 - **si serré** → faire une épreuve d'effort (**EE**)
 - **si non serré** → surveillance simple

Evolution

Histoire naturelle

- RAO peut rester asymptomatique des années / risque de mort subite faible (0.3% /an)
- Dès que devient symptomatique: tournant évolutif → le pronostic s'effondre
- **!! survie sans chirurgie**: si angor = 4ans / si syncope = 3ans / si IC = 2ans...
- **FdR de progression rapide**: ICoro / FdR CV / FEVG < 50% / Vmax Ao > 4m/s

Complications

- Endocardite infectieuse
- Insuffisance cardiaque (IVG)
- Syncope (et ses C°: traumatiques)
- Troubles de la conduction (BAV postop)
- **Mort subite** (sur TdR ventriculaire)

Traitement

Prise en charge

- RAO chronique asymptomatique: suivi ambulatoire régulier
- Si remplacement valvulaire: hospitalisation en chirurgie cardiaque

Si RAO non serré asymptomatique

- **!! Abstention** thérapeutique (**A savoir !**)
- Réévaluation tous les 6 à 12M (clinique / ETT)
- Contrôle des FdR CV et régime peu salé +++

Traitement chirurgical

- **Indications**
 - **RAo symptomatique**: indication chirurgicale **systématique**
 - **RAo asymptomatique**
 - **RAo non serré**: jamais d'indication chirurgicale
 - **RAo serré**: indication chirurgicale dès que:
 - **EE positive** (= signes fonctionnels ou ↑ PAs < 20mmHg)
 - **FEVG < 50%** / Vmax sous aortique > 5,5m/s / Augmentation Vmax sous aortique ≥ 0.3m/s/an
- **Modalités = remplacement valvulaire aortique 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 < 65ans** sans contre-indication aux AVK
 - patient ayant déjà une valve mécanique ou sous AVK
 - **TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation)**
 - **Seulement dans certains centres chez patients sélectionnés**
- **Au décours**
 - Si prothèse mécanique: AVK (fluidione: Préviscan®) / **à vie** / INR cible = **2 - 3**
 - Réadaptation cardiaque post-opératoire systématique ++

Traitement symptomatique

- **Indications**
 - RAO 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 haut risque (seulement si opéré)
 - 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.](#))
- **!! Contre-indication formelle aux vaso-dilatateurs**

Surveillance

- **Si RAo chronique asymptomatique**
 - Repérer le moment où la FEVG passe entre 50% (chirurgie) et 30% (risque)
 - → consultation cardiologie / ECG / **ETT = 1x/ 6M - 1an**
 - ([ETT et IM / HAS / 2012](#): ETT annuelle non indiquée si asymptomatique avec RA non serré > 1,5cm², Vmax < 3m/s)
- **Si RAo 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 symptômes à rechercher chez un patient avec valvulopathie ?

- Syncope
- Angor
- Dyspnée

1ère cause de rétrécissement aortique chez un sujet jeune ?

- Bicuspidie aortique

Les 3 causes les plus fréquentes de rétrécissement aortique ?

- Dégénératif (maladie de Monckeberg)
- Bicuspidie aortique
- Rhumatisme Articulaire Aigu