

Bonus231-Synthèse Valvulopathies

		IAo	RAo	IM	RM
Etios		<ul style="list-style-type: none"> ■ Degeneratif +++ (PD) ■ RAA (PVD) ■ Bicuspidie congenitale ■ HTA ■ Endocardite ■ Dissection Ao 	<ul style="list-style-type: none"> ■ !! Valvulopathie la + fqte des les PD ■ Degeneratif: M de Mockeberg +++ ■ Bicuspidie ■ RAA 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Degenerative: <ul style="list-style-type: none"> ■ M de Barlow ■ D. fibro-elastique ■ IDM: aigu ou chronique ■ Endocardite ■ RAA ■ Fonctionnelle: Il a DVG 	<ul style="list-style-type: none"> ■ RAA +++++ (dc principalement ds PVD)
Clinique	Souffle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Foyer aortique ■ Proto-diastolique ■ doux/hume/aspiratif ■ irradie a la xyphoide 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Foyer aortique ■ Meso-systolique ■ Timbre rude/rapeux ■ irradie aux carotides ■ Abolition du B2 = RAo serre 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Foyer mitral ■ Holo-systolique ■ En jet de vapeur ■ Irradie ds aisselle 	<ul style="list-style-type: none"> ■ diastolique ■ Triade de Durozier: <ul style="list-style-type: none"> ■ 1. COM ■ 2. Roulemen ■ 3. Eclat B1
	SF	<ul style="list-style-type: none"> ■ Asympt +++ puis IVG: Dyspnee ■ Hyper-pulsatilité 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Syncopes d'effort ■ Asympt +++ ■ Dyspnee prog. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ IM Aigue = OAP brutal +/- choc. ■ IM chronique = IVG + choc de pointe devie 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dyspnee d'aggravation progressive +++ ■ +/- S. d'IVD / FA
Ex. Cpltr	RTx	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cardiomegalie ■ +/- S. d'HTAP 	<ul style="list-style-type: none"> ■ !! Pas de dilat. VG dc pas de cardiomegalie ■ +/- dilat Ao asc. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ IM Aigue = OAP massif ("poumon blancs") ■ IM chronique: cardiomegalie +/- S. Pr 	<ul style="list-style-type: none"> ■ "silhouette mitrale" = aspect triangulaire ■ Dilat. OG +/- VD
	ECG	<ul style="list-style-type: none"> ■ HVG (Il a dilat. VG) ■ Axe hypergauche ■ +/- BBG incomplet 	<ul style="list-style-type: none"> ■ HVG systolique ■ Ondes T - en V5/6 ■ Axe gauche 	<ul style="list-style-type: none"> ■ IM Aigue = N ■ IM chronique = HAG (P>120) et amplitude N 	<ul style="list-style-type: none"> ■ TdR Ar +++ (FA) ■ HAG ■ +/- HVD
	ETT	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fluttering gde VM ■ Dilat: VTD VG 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Remaniements / calcifications ■ RAo serre si: <ul style="list-style-type: none"> ■ S < 1cm2 (0.6) ■ GTV > 40mmHg ■ HVG concentrique 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Defaut de coaptation VM ■ Rechercher prolapsus VM / D. fibro-elastique ■ Quant. DOG/DVG 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Calcifications de la VM ■ Fusion des commissures ■ Quant. DOG / HTAP

Avertissement : L'usage de cette fiche est strictement personnel. Toute diffusion est donc interdite, sur support papier ou électronique. En cas de manquement, prepECN se réserve le droit d'annuler votre abonnement sans contrepartie et d'engager des poursuites conformément aux articles L-425-4 et 315-5 du Code de la Propriété Intellectuelle.



C ^e	<ul style="list-style-type: none"> ■ Endocardite +++ ■ IVG puis IC globale ■ TdR ■ Dissection Ao 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Endocardite ■ IVG puis IC globale ■ TdR/TdC ■ MS sur TdR Vr +++ 	<ul style="list-style-type: none"> ■ IVG puis IC globale ■ Endocardite ■ AC/FA +/- C^e emboliques ■ Rupture de cordage ■ TdR grave (TV: FV) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ HTAP +/- OAP +++ ■ puis IVD (pas IVG!) ■ FA/Flutter +/- AVC ■ Endocardite
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Traitement sympto: regime + Inhib calcique ■ Traitement chir des que sympto ou grade ≥3 / aigue 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Si RAs/Sympt = Chir ■ Si RAs/Asympt = Surveillance + Tt med ■ Si RAs/Asympt = epreuve d'effort 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Traitement chir = valvuloplastie mitrale en 1ere intention ■ Si IM aigue = chir urgence ■ Si IM chronique: <ul style="list-style-type: none"> ■ sympto = chir ■ asympt = chir si dysf. VG/FA - Med sinon 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Commissurotomi per-cut. en 1er int. +++ ■ Traitement Med: Diuretiques ■ NPO AVK si FA

Remarque: Evolution pour toutes les valvulopathies:

- Evolution naturelle lente = lgtps asymptomatique
- Mais si devient sympto = pronostic severe!

Tiroirs

- **ETT**
 - **Diagnostic positif**
 - // Valvulopathie:
 - IAO = fluttering
 - RAO = remaniements +/- calcifications
 - IM = défaut de coaptation des valves mitrales
 - RM = Calcifications + fusion des commissures
 - **Evaluation du retentissement**
 - Quantification de la fuite +/- surface valvulaire
 - +/- Quantification Dilat. VG / HVG
 - Eval. fonction systolique: FEVG+++
 - Recherche valvulopathies associees systematique
 - **Orientation etio (// valvulopathie)**
 - Bicuspidie (1% de la pop generales qd meme)
 - RAA = calcification / fusion des commissure
 - Endocardite = vegetations +/- mutilations
 - !! Si endocardite: placer le tiroir: "recherche de complications: abces / ep. pericardique"
 - **Bilan pre-op.**
 - **Recherche lesions atheroS associees:**
 - Coronarographie systematique (recherche de lesion coro)
 - Echo-Doppler TSA systematique
 - +/- Echo-doppler des MI / abdo / renal si point d'appel
 - **Recherche foyer infectieux (!!Penser portes d'entree de l'endocardite)**
 - ORL = TDM sinus
 - Stomato = Panoramique dentaire
 - Recherche BMR (staph. aureus): ecouvillon nasal
 - ECBU
 - **Eval. terrain**
 - Bilan bio complet:
 - NFS-P / Hemostase / Glycemie a jeun
 - bilan hepatique / renal / lipidique
 - ε cardiaques +++ (Tropo Ic/Tc, CPK +/- Myoglobine)
 - Holter des 24h pour recherche TdR +++

- Bilan pre-transfusionnel standard (Gpe sg, rhesus, RIA, etc)
- EFR/GDS si BPCO
- TDM cerebral si AIT/AVC
- **Traitement**
 - **Traitement symptomatique (a completer)**
 - Regles hygieno-dietetiques + + + : regime sans sel / repos
 - antibioprofylaxie pour prevention de l'endocardite d'Osler (cf [Endocardite infectieuse](#))
 - +/- Diuretiques si S. congestifs
 - +/- VasoD arteriels (IEC par ex) ds IAo/IM (cf ↓ PC donc favorisent ejection vers l'avant)
 - **Traitement chirurgical**
 - **Remplacement valvulaire sous CEC:**
 - Si < 75ans → prothese mecanique + traitement anti-coag. (AVK) a vie (obj. INR = 2-3, cf [Surveillance des porteurs de valve et prothèses vasculaires.](#))
 - Si > 75ans (ou CI aux AVK au long cours: Hemorragie cerebrale, femme en age de procreer) → bioprothese
 - **C^o postop d'un remplacement valvulaire**
 - C^o infectieuses: mediastinite et endocardite
 - C^o Hemodynamiques: Tamponnade et IC
 - C^o Thrombo-emboliques: AVC, ischemie aigue periph.
 - Thrombose de prothese
 - TdR / TdC
 - Anemie hemolytique
 - cf [Surveillance des porteurs de valve et prothèses vasculaires. pour C^o long-terme des protheses valvulaires](#)
 - +/- valvuloplastie mitrale pour IM
 - **Surveillance + + + :**
 - **En preop:**
 - Cs Cardio: clinique + ETT: annuelle
 - **Post-remplacement valvulaire par prothese**
 - Medecin traitant: 1x/mois pdt la 1ere annee puis 1x/2mois
 - Cardiologue: 2x/an min (ECG + ETT)
 - Bilan stomato et ORL: 2x/an