

Le retrecissement mitral RM

Assisted by: Dr F.Z.GUENFOUD

Définition:

- Le rétrécissement mitral (RM) correspond à un obstacle au flux sanguin antérograde de l'oreillette gauche vers le ventricule gauche par défaut d'ouverture de la valve mitrale.
- La surface mitrale normale est de l'ordre de 4 à 6 cm², on parle de RM quand la surface est inférieure à 2 cm², au dessous de 1.5 cm² le patient devient symptomatique.

Etiologies:

- RM congénital : il est rare
- RM acquis : suite au rhumatisme articulaire aigu (RAA), Etiologie la plus fréquente (80%), l'épisode streptococcique (streptocoque A) initial peut rester inapparent. Le RM rhumatismal est une maladie à forte prédominance féminine.
- Autres causes : Calcifications dégénératives massives de l'anneau mitral ; endocardites, maladie carcinoïde cardiaque, maladies inflammatoires (lupus érythémateux, polyarthrite rhumatoïde) ; maladies de surcharge (amylose), radiothérapie.

Anatomo-pathologie:

- La symphyse commissurale : c'est la lésion de base, elle peut intéresser une seule ou les deux commissures, être complète ou non.
- La rigidification et l'épaississement des feuillets : la petite valve mitrale (PVM) devient progressivement restrictive, parfois jusqu'à l'immobilité complète ; la grande valve mitrale (GVM) s'épaissit et se rigidifie à des degrés divers.
- La calcification et le raccourcissement des cordages : ceux-ci peuvent fusionner, voire disparaître et les feuillets deviennent insérées directement sur les piliers.

Conséquences hémodynamiques:

Diagnostic:

- Circonstances de découverte :
- Signes fonctionnels : Dyspnée d'effort puis de repos (fièvre, d'anémie, de grossesse) tachycardie, palpitations (extrasystoles, fibrillation auriculaire).
- Complications révélatrices : Œdème pulmonaire, hémoptysie, fibrillation auriculaire, embolie systémique, insuffisance ventriculaire droite tardive.
- Examen systématique : Surveillance de RAA ancien, médecine scolaire ou de travail.
- Examen physique :
- Inspection : Faciès mitral erythrocyanose des pommettes et des lèvres dans les formes évoluées. Hypotrophie dans les formes sévères de l'enfant.
- Palpation : Frémissement cataire diastolique de pointe, signe de HARZER.
- Auscultation cardiaque : - En rythme sinusal la Triade de Duroziez. - Eclat du 1er bruit, B1 : à la pointe et le long du bord gauche du sternum, - Le claquement d'ouverture mitrale (COM). - Le roulement diastolique : à la pointe, dans l'aisselle et en décubitus latéral gauche, de timbre grave grondant.
- Signes associés : - Éclat de B2 au foyer pulmonaire en cas d'hypertension pulmonaire. - Insuffisance tricuspидienne fonctionnelle en cas de dilatation du ventricule droit. - En fibrillation atriale : disparition du renforcement pré systolique du roulement diastolique - Râles crépitant, épanchement pleural.
- Examen périphérique : Signes d'insuffisance cardiaque droite : œdèmes, hépatomégalie, reflux hépato jugulaire.

- La radiographie du thorax de face :
- Cœur mitral : - Débord de l'arc inférieur droit, - Dilatation de l'oreillette gauche (OG) avec aspect de double contour, - Allongement de l'arc moyen gauche en double bosse traduisant la dilatation du tronc de l'artère pulmonaire et de l'auricule gauche.
- Poumon mitral : - Redistribution vasculaire vers les sommets, - Œdème interstitiel, opacités réticulo-nodulaires péri-hilaires et dans les bases, ligne de Kerley, - Parfois épanchements pleuraux. - Fibrillation Atrial, flutter atrial.
- L'échocardiogramme :

Circonstances de découverte :

Examen physique :

La radiographie du thorax de face :

L'échocardiogramme :

Examen principal qui permet d'affirmer le diagnostic et la quantification du rétrécissement :

Diagnostic:

- En mode temps mouvement (TM) : - Epaissement des valves ; - Diminution de la pente EF ; - Mouvement paradoxal de la PVM. - L'ouverture mitrale se fait en créneau avec disparition de l'aspect en M caractéristique, OG dilatée.
- Mode bidimensionnel (2D) : - Epaissement des valves - Aspect en genou fléchi de la GVM ; PVM peu mobile. - Aspect rond de l'orifice évoque la fusion des commissures - l'aspect ovalaire suggère la rétraction des cordages - OG dilatée.

Quantification :

- Mode 2D : Surface mitrale anatomique par planimétrie de l'orifice sur une coupe para sternale transversale, on considère que le RM est très serré si surface anatomique inférieure à 1cm².
- Au doppler : un Gradient moyen ≥ 10 mm hg, en l'absence d'insuffisance mitrale (IM) et à débit conservé, témoigne d'un RM serré.
- Signes indirectes : retentissement sur les cavités cardiaques : Dilatation de l'OG, cavités droites, pressions artérielles pulmonaires (PAP), fonction ventriculaire gauche (VG). Lésions associées : IM, insuffisance aortique (IA), insuffisance tricuspide (IT).

Autres examens complémentaires :

- Echocardiographie transoesophagienne (ETO) : en cas d'échogénicité médiocre et avant dilatation mitrale.
- Echographie en trois ou quatre dimensions : elle permet une meilleure évaluation de la surface du RM et de l'état de l'appareil valvulaire.
- Epreuve d'effort : démasquer les symptômes chez les patients asymptomatiques ou présentent des symptômes douteux. Elle permettra de déterminer le niveau d'activité physique autorisée, y compris la pratique de sport.

Evolution et complications :

- 1ère étape : Retentissement auriculaire gauche à l'origine de deux type de complications : - Les troubles du rythme supraventriculaire avec accès de fibrillation auriculaire paroxystique de plus en plus fréquents et prolongés, et favorisant les accidents emboliques systémiques, installation d'une fibrillation auriculaire permanente. - Les accidents emboliques systémiques par migration artérielle de thrombus intra-auriculaires gauches spontanée ou après Fibrillation atriale (FA) paroxystiques, la complication la plus redoutée à l'origine d'ischémies aiguës de membre, d'infarctus rénaux, spléniques ou mésentériques, et surtout d'accidents vasculaires cérébraux.
- 2ème étape : Retentissement pulmonaire : l'œdème aiguë du poumon (OAP) de repos ou d'effort ; hémoptysie ; surinfection broncho-pulmonaire ; accident gravido-cardiaque ; épanchement pleural.
- 3ème étape : insuffisance cardiaque droite.

Traitement:

- Traitement médical:

Traitement médical:

- Prévention et traitement des troubles du rythme supraventriculaires ; flécaïne®, ou cordarone® Béta bloquant.
- Anticoagulant au long cours par anti vitamine K (AVK) avec contrôle de L'international Normalised Ratio (INR) qui doit être compris entre 2 et 3 dès l'apparition de troubles du rythme atrial ou en cas d'oreillette gauche (OG) très dilatée.
- Traitement de l'OAP.
- Traitement percutané ou chirurgical: tout RM serré < 1.5 cm² symptomatique.

Traitement percutané ou chirurgical: tout RM serré < 1.5 cm² symptomatique.

- valvuloplastie mitrale percutanée par ballonnet : Réservé au RM pur et souple. Cathétérisme droit et passage trans-septal. Cette dilatation mitrale par ballonnet donne de très bons résultats, avec cependant un risque de resténose à plus ou moins long terme (10 à 15 ans).
- Traitement chirurgical : Réservé au RM serré avec remaniement important et calcification valvulaire. Commissurotomie à cœur fermé .1950 abandonnée. Commissurotomie à cœur ouvert.1960 Remplacement valvulaire mécanique, la technique de choix actuellement.1960

Pronostic:

- La survie à 10 ans est de 80% chez les patients peu ou pas symptomatique. De 20 à 30 % dès l'apparition des symptômes.
- L'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), les embolies systémiques, les troubles du rythme, et la dysfonction ventriculaire droite aggravent le pronostic.
- L'endocardite reste très rare.