

Item 231B – Insuffisance mitrale

2^{ème} Valvulopathie en Occident

Physiopathologie

Classification de Carpentier :

	Mouvement d'un ou des 2 feuillets	Exemple de pathologie
Type I	Normal	Perforation valvulaire infectieuse
Type II	Excessif (prolapsus)	Prolapsus par rupture de cordage
Type III	Limité (restriction)	Dilatation du VG

IM organique et fonctionnelle

- **Organique** = lié au **dysfonctionnement** des éléments de l'appareil mitral
- **Fonctionnelle** = 2aire à maladie **du VG** (dilatation du VG => éloignement des piliers => restriction de la cinétique)

IM aigüe et chronique

- IM chronique :
 - **Bien tolérée** car adaptation du VG (permet augmentation V éjection)
 - Si avec le temps, dépassement des mécanismes => **décompensation** (facteurs : exposition chronique ancienne à la fuite, majoration de la régurgitation, FA, patho cardiovasculaire surajoutée)
 - **Suivi clinique et monitoring écho cardio**
 - OG finit par se dilater aussi et se complique de FA ou autres trb rythme supra-ventriculaire
- IM aigüe : **mal tolérée** => tachycardie + augmentation FEVG
- Nécessité d'un certain volume minimal pour retentissement hémodynamique : **4 stades de fuite** : **minimes** et **modérées** (pas de retentissement), **moyennes** et **importantes** (retentissement)

Etiologies

Fuites organiques

- Par prolapsus valvulaire d'origine non infectieuse :
- Fuites « **dystrophiques** » liées à **usure de appareil mitral** et **prolapsus** d'un feuillet au moins suite à rupture de cordage

	Dégénérescence fibro élastique (dégénérative)	Dégénérescence myxoïde (maladie Barlow)
Mécanisme	Prolapsus valvulaire (type II)	
Age	> 60 ans	Patients jeunes
Physiopathologie	Usure	Anomalie histologique primitive Usure prématurée
Lésions valvulaires	Simple (rupture de cordage, prolapsus d'un segment valvulaire)	Complexes le + souvent (prolapsus de 2 feuillets, plusieurs segments valvulaires)
Fréquence	++++	----
Prédisposition	HTA	Femmes

Origine rhumatismale :

- = **Rétraction** et **épaississement** valvulaire, cordages raccourcis
- IM « **restrictives** » (type III)
- +/- fusion commissurale (=> RM) => maladie mitrale
- +/- valvulopathie aortique => étiologie rhumatismale

Origine infectieuse (endocardite bactérienne) :

- Régurgitation aigüe sur valve saine ou majoration d'une fuite préexistante
- Via : prolapsus par rupture de cordage (II), perforation valvulaire (III)....

Origine ischémique / post-infarctus :

- Fuites aigües :
 - Soit **dysfonctionnement ischémique du pilier mitral** => fuite restrictive III. Tt : revascularisation coro + Tt médical (IEC, BB, diurétiques)
 - Soit **rupture pilier mitral** => fuite massive par prolapsus valvulaire I. Tt chirurgical en urgence
- Fuites chroniques : restrictive III liée au **remodelage**

	<p>Fuites toxiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Restrictives III par épaissement et restriction valvulaire ▪ Médocs incriminés : antimigraineux, anorexigènes, agonistes dopaminergiques, amphétamines, Benfluorex ▪ Lésions plurivalvulaires fréquentes ▪ <i>Echo</i> : défaut de coaptation des feuillets, pas de sténose, pas de fusion des commissures 									
	<p>Dysfonction de prothèse mitrale :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Prothèses mécaniques</th> <th>Bioprothèses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Paraprothétiques</td> <td>Liée à désinsertion partielle de anneau valvulaire (mécanique ou 2aire à EI)</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>Intraprothétiques</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Très rares ▪ Liés à thrombose de valve </td> <td>Liés à dégénérescence du tissu valvulaire</td> </tr> </tbody> </table>		Prothèses mécaniques	Bioprothèses	Paraprothétiques	Liée à désinsertion partielle de anneau valvulaire (mécanique ou 2aire à EI)	/	Intraprothétiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Très rares ▪ Liés à thrombose de valve 	Liés à dégénérescence du tissu valvulaire
	Prothèses mécaniques	Bioprothèses								
Paraprothétiques	Liée à désinsertion partielle de anneau valvulaire (mécanique ou 2aire à EI)	/								
Intraprothétiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Très rares ▪ Liés à thrombose de valve 	Liés à dégénérescence du tissu valvulaire								
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Autres origines</u> : fuites post-irradiation thoracique 									
Fuites fonctionnelles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2aire à maladie du VG ▪ Fréquentes au cours : cardiomyopathies dilatées , cardiopathies ishémiques 									
Diagnostic clinique										
Signes fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IM chroniques longtemps asymptomatiques ▪ IM aigüe : OAP <ul style="list-style-type: none"> - Dyspnée - Palpitations +/- extrasystoles, FA, ... 									
Signes physiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Palpation</u> : choc apexien ample, dévié à gauche, +/- frémissement systolique de la pointe ▪ <u>Auscultation</u> : souffle systolique de régurgitation, foyer mitral, décubitus LG, holosystolique, timbre doux en jet de vapeur (voire râpeux, musical), irradiation aisselle ▪ Autres : <ul style="list-style-type: none"> - Click mésosystolique puis souffle => maladie de Barlow - Galop protodiastolique B2 => fuite volumineuse - Roulement diastolique de débit - Eclat de B2 au foyer pulmonaire => HTAP ▪ Rechercher : <ul style="list-style-type: none"> - Autres valvulopathies - IC, EI, cardiopathie ishémique ou autre 									
Diagnostic paraclinique										
ECG	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normal, hypertrophie ventriculaire ou atriale gauche, FA 									
Radio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normale, cardiomégalie aux dépens du VG, dilatation OG, s. congestifs pulmonaires 									
ETT	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Précision mécanisme et volume, rech EI bactérienne 									
Ventriculographie										
Coronarographie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bilan pré-op ou bilan étiologique 									
+/- Cathétérisme										
Complications										
<ul style="list-style-type: none"> ▪ IC ▪ EI ▪ Trb rythme auriculaire, FA ▪ Mort subite 										

Traitement		
	Tt médical	Tt chirurgical
Fuites organiques	<p>Indications</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ IM modérées : surveillance simple + prévention EI ○ IM sévères asymptomatiques : surveillance simple + prévention endocardite bactérienne <p>Principes</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Suivi clinique + écho réguliers + prévention EI ○ Si IC : IEC, diurétiques ○ Si FA : anti-arythmiques, anticoagulants ○ Si EI : ATB 	<ul style="list-style-type: none"> ○ IM sévères aiguës ou chroniques symptomatiques ○ IM sévères avec retentissement sévère sur VG <ul style="list-style-type: none"> ○ Geste de plastie (type II ++) ○ Remplacement vasculaire mitral par prothèse
Fuites fonctionnelles	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tt étiologique et médical ▪ +/- stimulateur cardiaque 	