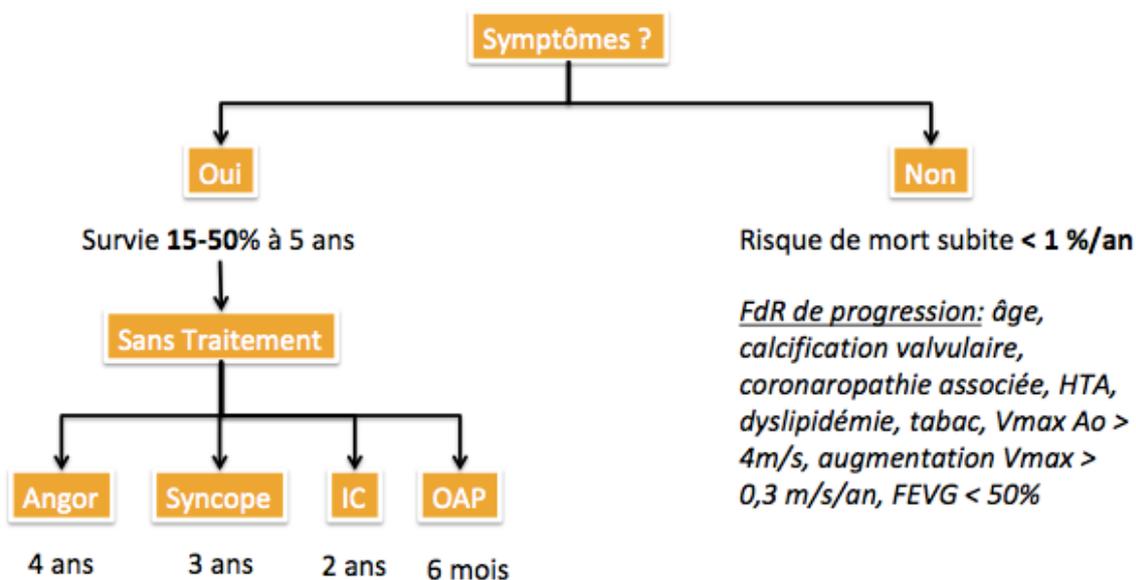


Item 231A – Rétrécissement Aortique

Physiopathologie			
Gradient VG-aorte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ S_{Ao} normale = 3-4 cm². Si < 1 cm² (0,6 cm²/m²) = RAO serré => Obstacle à éjection du VG => gradient systolique ▪ Si gradient > 50 mmHg => RAO serré ▪ Aboutit à hypertrophie (HVG) concentrique 		
Fonction dyastolique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Car diminution de compliande et relaxation ventriculaire causée par HVG => Augmentation de la Pression en amont et IC 		
Fonction systolique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normale ou augmentée ▪ Après plusieurs années => IC avec dilatation VG et dysfonction systolique 		
Symptômes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angor d'effort => ischémie myocardique par augmentation consommation O₂, écrasement vaisseaux intracoronaires, diminution réserve coronaire 50% des cas : coexistence de lésions coronaires ▪ Syncopes 		
Causes			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valvulopathie la + fréquente 			
	Rétrécissement aortique acquis	Rétrécissement congénital	
Pathologie	Dégénératif / Maladie de Mönckeberg / RA calcifié	RAA	Bicuspidie
Fréquence	+++ En Occident	Rare en Occident	+++
Population	Agé (> 65-70 ans)	Jeune	30-65 ans
Caractéristiques	Calcification progressive des valvules, pouvant s'étendre au septum (Attention BAV)	Fusion des commissures et restriction des cusps	Présence de 2 sigmoïdes au lieu de 3
Association à	Dilatation aorte	IAo et atteinte mitrale	Calcification valvulaire et dilatation de l'aorte tubaire
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Causes + rares : <ul style="list-style-type: none"> - RAO acquis : IRénale terminale, polyarthrite rhumatoïde, maladie de Paget - RAO congénital : unicuspidie, tricuspédie (3 valves de tailles inégales), obstacle sus-/sous valvulaire 			
Complications			
FA, trb conduction, mort subite ++, IC (Endocardites, hyperexcitabilité ventriculaire, embolies systémiques calcaires, hémorragies digestives sur angiodyspasies)			
Diagnostic			
Signes fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Peuvent être longtemps asymptomatiques ▪ D'abord signes liés à l'effort puis au repos ▪ Dyspnée d'effort ++ ▪ Signes d'IC gauche ▪ Angor d'effort (2/3) avec 50% lésions coronaires associées ▪ Syncope d'effort / lipothymies (25 %) 		
Signes physiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Auscultation cardiaque</u> +++ <ul style="list-style-type: none"> - B1 diminué - Souffle mésosystolique, dur, râpeux, musical, maximum au foeyr aortique, irradiation aux carotides, renforcé par diastoles lingues - B2 diminué - Présence d'un B4 - Signes auscultatoires e faveur d'un RAC : <ul style="list-style-type: none"> → Diminution ou abolition B2 au foyer aortique → Dédoublément B2 à la base 		

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen clinique : <ul style="list-style-type: none"> - Frémissement systolique - Pouls de faible amplitude - Diminution PAS - Signes d'insuffisance ventriculaire
Examens complémentaires	
ECG	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normal ▪ +/- HVG, HAG, trb conduction (BAV), trb rythme
Radio thoracique	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normale au début ▪ Calcification valve et bouton aortique, augmentation index cardio-thoracique, dilatation de aorte initiale/aorte ascendante, apparition signes de surcharge pulmonaire
Echo-doppler (ETT++)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ +++ : Diagnostic positif ▪ <u>Suspicion</u> : ouverture limitée +/- calcifications ▪ <u>Confirmation</u> : GM > 40 mmHg (sauf si dysfonction VG), $S_{Ao} < 1 \text{ cm}^2$ ▪ Diagnostic étiologique (Mönckeberg, bicuspidie, atteinte rhumatismale, membrane sous ou sus-valvulaire) ▪ <u>Retentissement</u> : diminution FEVG, HVG, HTAP ▪ <u>Recherche</u> : autre valvulopathie et dilatation aorte initiale
Autres examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ETO (rarement) : si discordance ETT/clinique. Planimétrie, recherche autres valvulopathies ▪ Cathétérisme gauche (rarement) : discordance ETT (FEVG conservée, débit conservé). Recueil de Pression ▪ Echo dobutamine : pour sténose aortique avec FEVG < 40 %. <ul style="list-style-type: none"> - Rôle diagnostique : - Si RA serré => Augmentation Qc avec S stable - Si RA pseudo-sévère => Qc augmente et S augmente - Rôle pronostique : réserve contractile ? ▪ Epreuve d'effort : CI si RAC serré symptomatique. Démasque symptômes et diminution PA à l'effort
Bilan pré-opératoire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Systématiquement</u> : Euroscore et STS, biologie, sérologie pré-transfusionnel, groupe rhésus RAI, consultation ORL et stomato, TSA, coronarographie (homme, > 40 ans, femmes ménopausées, FdR CV, angor ou diminution FEVG) ▪ <u>Selon terrain</u> : recherche comorbidités, GDS, EFR (BPCO), maladie respiratoire, fonction rénale, cirrhose

Pronostic



Traitement														
Médical	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Attente de chirurgie</u> : diurétiques de l'anse (<i>Attention : pas de BB, dérivés nitrés</i>) + règles hygiéno-diététiques, correction FdR CV, prévention endocardite d'Osler, Tt d'1 FA ▪ Si chirurgie récusée : Tt palliatif : IEC, ARA2, anti-aldostérone, diurétiques de l'anse digitalique (<i>Attention pas de BB</i>) 													
Chirurgical	Seul Tt efficace													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="background-color: #f4a460; vertical-align: top;">Remplacement valvulaire chirurgical</td> <td style="background-color: #f4a460;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Référence +++ ▪ +/- Réalisation de pontges </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #c85135; color: white;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #c85135; color: white; width: 50%;">Prothèse mécanique</th> <th style="background-color: #c85135; color: white; width: 50%;">Prothèse biologique</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #f4a460;">Jeune, observance +++</td> <td style="background-color: #f4a460;">Agé</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f4a460;">AVK à vie</td> <td style="background-color: #f4a460;">Pas d'AVK</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f4a460;">Durée à vie</td> <td style="background-color: #f4a460;">Durée : 10-15 ans</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f4a460;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RA serré symptomatique à haut risque opératoire ou ayant CI à chirurgie avec espérance de vie non limitée ▪ Décision multidisciplinaire </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f4a460;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quasi abandonnée ▪ <u>Indication</u> : urgence hémodynamique (en attendant chirurgie ou TAVI) ou âgé en mauvais état général à haut risque chirurgical avec chirurgie extra-cardiaque prévue urgente </td> </tr> </table>	Remplacement valvulaire chirurgical	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Référence +++ ▪ +/- Réalisation de pontges 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #c85135; color: white; width: 50%;">Prothèse mécanique</th> <th style="background-color: #c85135; color: white; width: 50%;">Prothèse biologique</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #f4a460;">Jeune, observance +++</td> <td style="background-color: #f4a460;">Agé</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f4a460;">AVK à vie</td> <td style="background-color: #f4a460;">Pas d'AVK</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f4a460;">Durée à vie</td> <td style="background-color: #f4a460;">Durée : 10-15 ans</td> </tr> </tbody> </table>	Prothèse mécanique	Prothèse biologique	Jeune, observance +++	Agé	AVK à vie	Pas d'AVK	Durée à vie	Durée : 10-15 ans	<ul style="list-style-type: none"> ▪ RA serré symptomatique à haut risque opératoire ou ayant CI à chirurgie avec espérance de vie non limitée ▪ Décision multidisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quasi abandonnée ▪ <u>Indication</u> : urgence hémodynamique (en attendant chirurgie ou TAVI) ou âgé en mauvais état général à haut risque chirurgical avec chirurgie extra-cardiaque prévue urgente
	Remplacement valvulaire chirurgical		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Référence +++ ▪ +/- Réalisation de pontges 											
			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #c85135; color: white; width: 50%;">Prothèse mécanique</th> <th style="background-color: #c85135; color: white; width: 50%;">Prothèse biologique</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #f4a460;">Jeune, observance +++</td> <td style="background-color: #f4a460;">Agé</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f4a460;">AVK à vie</td> <td style="background-color: #f4a460;">Pas d'AVK</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f4a460;">Durée à vie</td> <td style="background-color: #f4a460;">Durée : 10-15 ans</td> </tr> </tbody> </table>	Prothèse mécanique	Prothèse biologique	Jeune, observance +++	Agé	AVK à vie	Pas d'AVK	Durée à vie	Durée : 10-15 ans			
Prothèse mécanique			Prothèse biologique											
Jeune, observance +++		Agé												
AVK à vie	Pas d'AVK													
Durée à vie	Durée : 10-15 ans													
<ul style="list-style-type: none"> ▪ RA serré symptomatique à haut risque opératoire ou ayant CI à chirurgie avec espérance de vie non limitée ▪ Décision multidisciplinaire 														
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quasi abandonnée ▪ <u>Indication</u> : urgence hémodynamique (en attendant chirurgie ou TAVI) ou âgé en mauvais état général à haut risque chirurgical avec chirurgie extra-cardiaque prévue urgente 														
Indications	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sténose aortique serrée symptomatique ▪ RA asymptomatique avec FEVG \leq 50% / Vmax > 5,5 m/s / test effort anormal ▪ Si autre chirurgie programmée 													