

Université Ferhat Abbas4^{ème} année de médecine

Module de cardiologie

Pr Kadour

Rétrécissement mitral (RM)**Plan du cours :**

Définition

Etiologies

Anatomie pathologique

Physiopathologie

Diagnostic

Evolution- complications

Traitement

I. Définition :

Le rétrécissement mitral 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 (5 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.

II. Etiologie :

- RM congénital : rare
- RM acquis :

A. RAA :

- Etiologie la plus fréquente (90%)
- L'épisode streptococcique initial peut être resté inapparent. Un antécédent rhumatismal n'est retrouvé que dans 50% des cas.
- Le RM rhumatismal est une maladie à forte prédominance féminine : 1 homme pour 3 ou 4 femme

B. Autres causes :

Beaucoup plus rares : Calcifications dégénératives massives de l'anneau mitral ; endocardites, maladie carcinoïde cardiaque ; fibrose endomyocardique, maladies inflammatoires (lupus érythémateux, polyarthrite rhumatoïde) ; maladies de surcharge (mucopolysaccharidose, amylose), traitement par méthysergide.

III-Anatomie pathologique**Lésions valvulaires**

- ❖ Soudure commissurale : réalise un rétrécissement mitral en diaphragme.
- ❖ Sclérose plus calcifications
- ❖ On parle de RM serré quand la surface est inférieure à 1 cm².

Lésions sous-valvulaires

- ❖ Épaississement, raccourcissement et fusion des cordages, réalisent un rétrécissement mitral en entonnoir.
- ❑ 5 à 15 ans après la crise de RAA

III. Physiopathologie :

Le rétrécissement mitral entraîne :

- Une stase en amont de la valvule mitrale.
- Une élévation concomitante des pressions dans l'oreillette gauche, les veines pulmonaires, les capillaires. Lorsque cette pression atteint 35 mmHg, un œdème pulmonaire apparaît (la pression hydrostatique dépasse la pression oncotique).
- Cette hypertension artérielle pulmonaire peut devenir autonome du fait des lésions anatomiques des artérioles (hyperplasie des parois) : barrage précapillaire (la pression diastolique de l'artère pulmonaire devient supérieure à la pression capillaire ; gradient précapillaire).
- **L'oreillette gauche**
Est dilatée y compris l'auricule gauche. Présence de thromboses plus ou moins adhérentes.
- **Les cavités droites**
Dilatées et hypertrophiées (insuffisance tricuspидienne fonctionnelle).
- **Les poumons :**
Pneumonie réticulée hypertrophique (épaississement et infiltration des espaces inter-alvéolaires par des lymphocytes et fibrocytes).
Hypertrophie de la paroi des artérioles précapillaires (média et intima) avec rétrécissement de la lumière atrérielle.
- **Le foie :**
Aspect congestif. Tardivement, cirrhose cardiaque.

IV. Diagnostic :

A. Circonstances de découverte :

1. Signes fonctionnels :

- Dyspnée d'effort puis de repos (fièvre, d'anémie, de grossesse)
- Tachycardie, palpitations (extrasystoles, fibrillation auriculaire).

2. Complications révélatrices : œdème pulmonaire, hémoptysie, fibrillation auriculaire, embolie systémique, insuffisance ventriculaire droite tardive.

3. Examen systématique : surveillance de RAA ancien, médecine scolaire ou de travail.

B. Examen physique :

Inspection :

- Faciès mitral : Erythrocyanose des pommettes et des lèvres (IR et bas débit) dans les formes évoluées.
- Hypotrophie dans les formes sévères de l'enfant.

Palpation

- Vibration dure de la mitrale, frémissement diastolique de pointe.

Auscultation en rythme sinusal Triade de Duroziez

- A la pointe : éclat de B1.
- En dedans de la pointe et le long du bord gauche du sternum, le claquement d'ouverture mitrale .Il inaugure le roulement diastolique
- A la pointe, dans l'aisselle et en décubitus latéral gauche, le roulement diastolique, timbre grave grondant.

Signes associés.

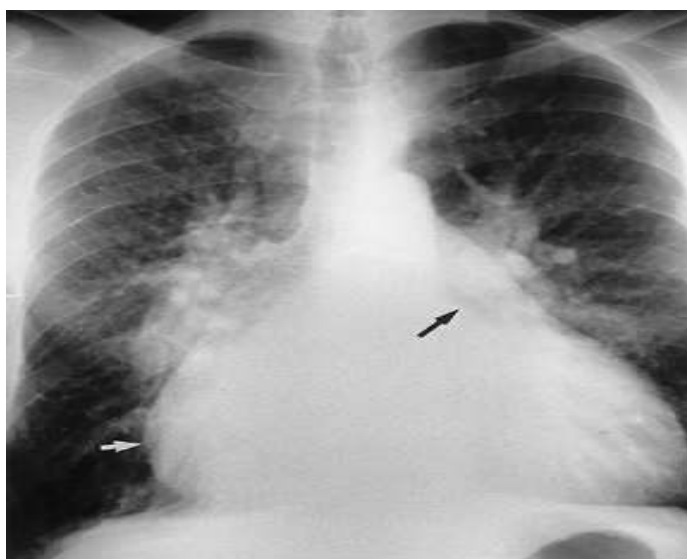
- Éclat de B2 au foyer pulmonaire en cas d'hypertension pulmonaire.
- Insuffisance tricuspidienn fonctionnelle en cas de dilatation du ventricule droit.
- En arythmie complète : disparition du renforcement présystolique du roulement.
- Râles crépitants, épanchement pleural.

Examen périphérique :

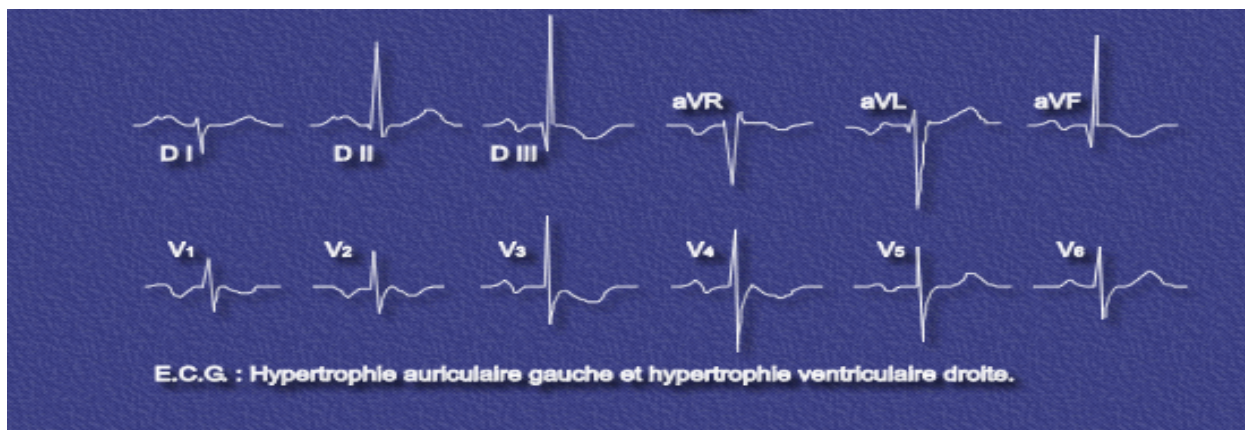
Signes d'ICD : oedèmes, HMG, RHJ.

C. La radiographie

- **Le cœur**
 - De face :
 - ✓ bord gauche à 4 arcs ; de haut en bas : aorte, artère pulmonaire, auricule gauche, ventricule gauche.
 - ✓ Bord droit : débord de l'oreillette gauche donnant souvent une image en double contour.
- **Les poumons**
 - Œdème interstitiel aspect réticulo-nodulaire, dilatation des artères et des veines pulmonaires.
 - Stries de KERLEY horizontales, bien visibles aux bases (rarement miliaire hémossidérosique).

**D. L'électrocardiogramme**

- Hypertrophie auriculaire gauche et hypertrophie ventriculaire droite.
- Tout rétrécissement mitral passe en fibrillation auriculaire, lorsque le diamètre de l'oreillette gauche est = 5 cm.



E. L'échocardiogramme

- Examen principal qui permet :

Diagnostic :

- **Mode TM :** Epaissement des valves ; ↓ pente EF ; mouvement paradoxal de la PVM.
- L'ouverture mitrale se fait en créneau avec disparition de l'aspect en M caractéristique
- OG dilaté
- **Mode bidimensionnel :** 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 :

1. **Mode TM :**

- Mesure de la pente EF peu fiable.

2. **Mode bidimensionnel :**

- Surface mitrale anatomique :
 - par planimétrie de l'orifice sur une coupe parasternale transversale,
 - La surface mitrale normale est de 4-6 cm² chez l'adulte on considère : RM très serré si SF inférieure à 1cm²-serré
 - Doppler ;
- Gradient moyen n'excede pas normalement 3mmhg
- Sup ou égal à 10 en l'absence de IM et à débit conservé témoigne d'un RM serré

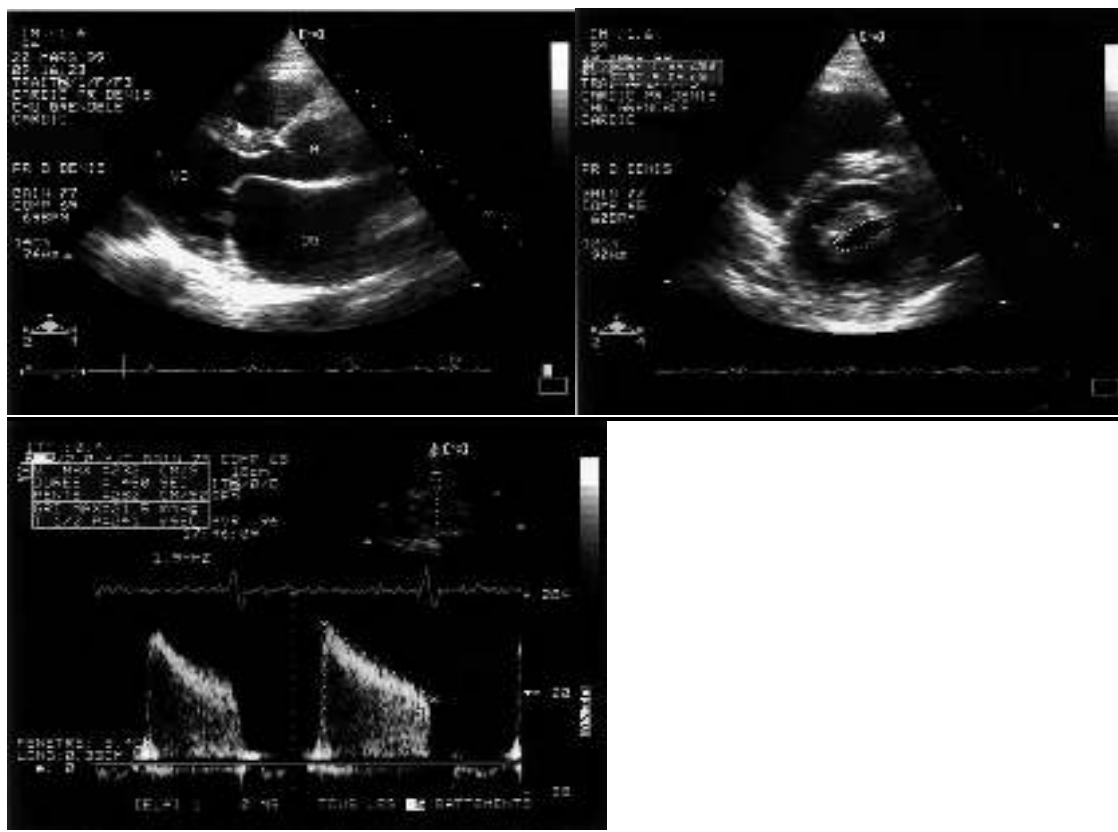
Lésions associées :

- Retentissement sur les cavités cardiaques : Dilatation OG, cavités droites, PAP, fonction VG.
- Lésions associées : IM, IA, IT.

ETO :

- Recherche de thrombus avant CMP ou cardioversion.

- ETT de mauvaise qualité.



F Coronarographie :

- Bilan préopératoire si angor, homme > 35 ans, femme ménopausée.

J. Epreuve d'effort :

L'objectif principal de l'épreuve d'effort est de démasquer les symptômes chez les patients qui prétendent être asymptomatique ou présentent des symptômes douteux. Elle permettra également de déterminer le niveau d'activité physique autorisée, y compris la pratique de sport.

V. Evolution, complications

Étape auriculaire gauche

- Troubles du rythme
 - Tachyrythmies paroxystiques,
 - fibrillation auriculaire chronique si le diamètre de l'OG est supérieur ou égal à 5 cm. Ces troubles du rythme favorisent les embolies.
- Thromboses dans l'auricule gauche: dans l'oreillette gauche plus ou moins adhérentes. pluis d'embolies). Tous les territoires peuvent être touchés : hémiplégié, embolie des membres, des reins, de la rate...

Étape pulmonaire

- Dyspnée d'effort
- Œdème pulmonaire d'effort.

- Hémoptysies. Bronchites, surinfections pulmonaires
- Insuffisance respiratoire de la broncho-pneumopathie mitrale
- Épanchements pleuraux

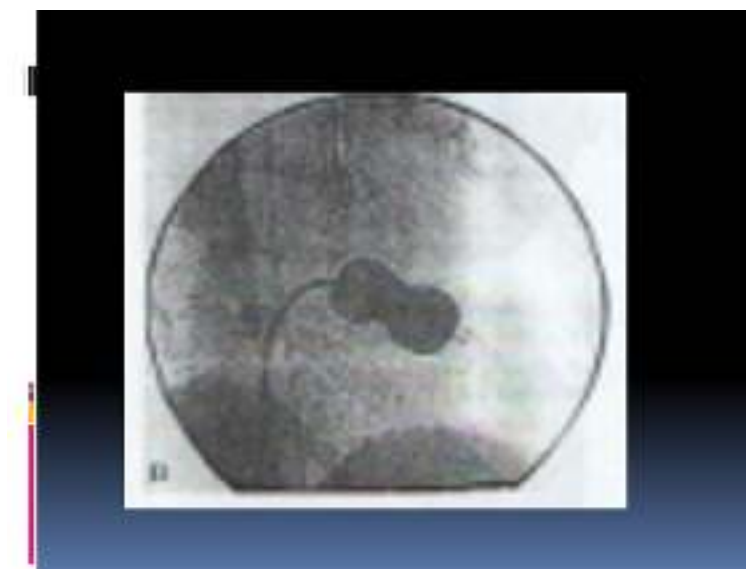
Étape cardiaque droite :

Insuffisance cardiaque droite avec ses symptômes et complications .

VI Traitement

Traitement médical

- Prévention des troubles du rythme flécaïne®, ou cordarone®.b bloquant
- Traitement anticoagulant dès qu'apparaissent les premiers troubles du rythme.
- Valvuloplastie mitrale percutanée par ballonnet :
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

Techniques

- commissurotomie à cœur ouvert
- remplacement valvulaire mitral.

Indications

- Tout rétrécissement mitral pur serré doit être opéré ou dilaté.
- L'existence de calcifications étendues impose le remplacement valvulaire.

Résultats de la commissurotomie ou de la dilatation :

- Bons dans la majorité des cas
- Resténose 5 à 15 ans après la première intervention
- Insuffisance mitrale séquelleaire possible

