

13 RETRECISSEMENT MITRAL

- Réduction de la surface mitrale ($SM < 2.5\text{cm}^2$) => Obstacle au remplissage diastolique du VG
- Cardiopathie valvulaire la + fréquente
- Habituellement acquise (RAA+++), exceptionnellement congénitale
- Prédominance féminine 80%

Physiopathologie : gêne au passage du sang de l'OG vers le VG ($SM < 2\text{cm}^2$)

- Conséquences en amont

➤ Au début : HTAP passive post capillaire

- Augmentation des PCP > P oncotique => Œdème pulmonaire
- Augmentation modérée des PAP
- Gradient de pression AP/CP < 15mmHg

➤ Puis : HTAP active pré capillaire

- l'aggravation de l'HTAP altère la circulation AP => augmentation des PAP
- Gradient de pression AP/CP > 15mmHg => surcharge du VD => ICD

- Conséquences en aval

➤ Au début : le DC est maintenu par augmentation des contractions et de la pression de l'OG

➤ Puis à la longue => FA => diminution du DC => diminution de la perfusion coronaire

- La diminution du débit rénal + augmentation des pressions droites => œdèmes

Clinique :

Circonstances de découverte :

- Fortuite
- Le plus souvent entre 20-30 ans lors des premiers troubles pulmonaires, du rythme ou accident embolique

Examen clinique :

- **Palpation :** frémissement diastolique de pointe (cataire) en décubitus latéral gauche
- **Auscultation :** rythme de Duroziez à la pointe
 - Eclat de B1 : traduit l'induration de la valve mitrale
 - Claquement d'ouverture mitral (COM++) bruit surajouté après B2 (disparaît en cas de calcification)
 - Roulement diastolique : rude, intense, max à la pointe, irradiant à l'aisselle G avec un max protodiastolique et un renforcement présystolique lors de la contraction auriculaire
- Souffle systolique d'IT au foyer xiphoïde

Radio thorax :

- Dilatation de l'OG : double contour (AMG en double bosse : tronc de l'artère pulmonaire)
- Dilatation de l'OD : débord droit (en cas d'IT)
- Dilatation du VD : pointe surélevée sus diaphragmatique
- VG normal : AIG normal

ECG :

- Le rythme peut être sinusal mais la FA est fréquente
- HAG : durée > 0.11, P bifide en double bosse, diphasique avec max de négativité
- HVD : Lewis < -14, QRS dévié à droite, R/S > 1 en V1 V2

Echo cardiaque

- S. indirects : dilatation de l'OG et des cavités droites (OD, VD)
- S. directs :
 - Epaississement et/ou calcification de la valve mitrale « aspect en genou fléchi »
 - Etat de la valve et de l'appareil sous valvulaire
- RM très serré => SM < 1cm²
- RM serré => 1 < SM < 1.5 cm²
- RM modéré => SM > 1.5cm²

Doppler cardiaque :

- Calcul de la surface mitrale fonctionnelle
- Calcul du gradient OG/VG
- Recherche d'une IT (organique ou fonctionnelle)
- Evaluer les pressions pulmonaires

ETO :

- Etat des valves et appareil sous valvulaire
- Recherche des thrombi intra OG
- Recherche d'une IM associée

Cathétérisme : pratiqué uniquement si discordances clinique/écho (résultats voir physiopath)

Coronarographie : si angor ou FDR coronariens

Accidents évolutifs :

- Pulmonaires :
 - dyspnée d'effort ou permanente ou orthopnée (RM serré)
 - Hémoptysies fréquentes
 - EPL, bronchites chroniques
- Troubles du rythme : ACFA+++
- Accidents thrombo-emboliques : thrombose OG, embolie septique
- ICD
- Endocardite infectieuse
- Angor dans le RM serré
- Sd de Ortner : dysphonie due à une paralysie nerf récurrent gauche par l'OG dilatée

Formes cliniques du RM serré:

1) RM serré œdémateux de Gallavardin :

- OAP d'effort brutal et toux d'effort
- Femme jeune, rythme sinusal
- Cœur de volume normal, OG non dilatée
- Hyperpression CP et AP

2) RM serré suffocant :

- Dyspnée d'effort, HTAP
- Rythme sinusal, HVD +++

3) RM muet : HTAP pré capillaire importante

- Dilatation anévrysmale de l'OG
- ACFA constante
- IC sévère

Traitement

- RM asymptomatique ($SM \geq 1.5 \text{ cm}^2$) : surveillance annuelle
- RM pur serré à valves souples sans lésions de l'appareil sous valvulaire : dilatation percutanée ou Commissurotomie à CF
- RM pur serré à valves souples + ACFA : CCO
- RM calcifié : remplacement valvulaire

Complications de la dilatation percutanée : thrombo-embolies

Contre indications de la dilatation percutanée :

- Cyphoscoliose, OG éctasique, thrombose OG
- Calcifications massives des valves
- IM volumineuse, valvulopathies aortique sévère associée