

## Rétrécissement mitral

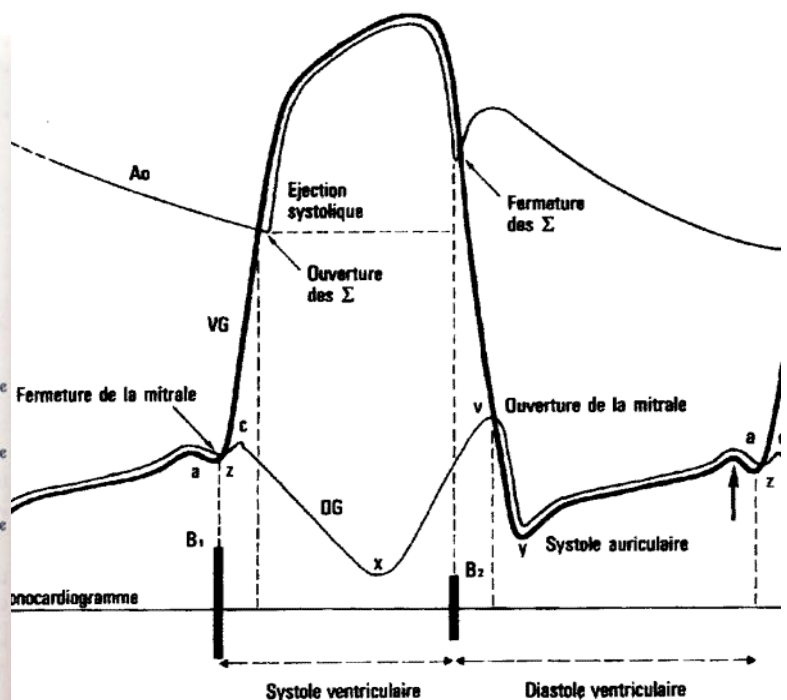
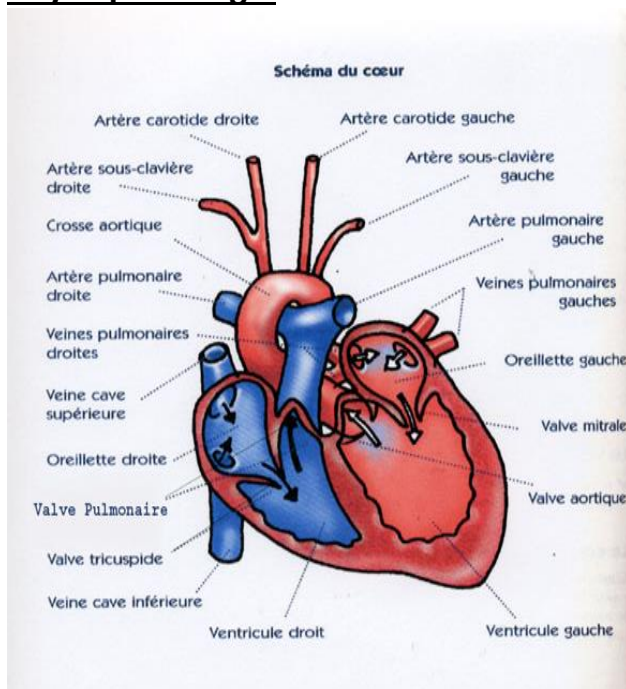
### Définition

Le RM est une diminution permanente de la surface orificielle mitrale par symphyse progressive des commissures valvulaires, sclérose et rétraction puis calcification de l'appareil valvulaire et sous-valvulaire.

### Etiologie

- Prédominance féminine, adulte jeune ++
- Le RAA est la cause la plus fréquent (délai variable de quelques années après la 1<sup>ère</sup> poussée rhumatismale)
- L'étiologie congénitale reste exceptionnelle

### Physiopathologie



- RM si la surface mitrale < 2,5 cm<sup>2</sup>
- RM serré si la surface mitrale est entre 1 et 1,5 cm<sup>2</sup>
- RM très serré si la surface mitrale < 1 cm<sup>2</sup>

### Conséquences

#### En amont de l'obstacle :

- Augmentation de la pression de l'oreillette gauche et donc création d'un gradient de pression diastolique entre oreillette et ventricule gauches
- L'oreillette gauche se dilate avec stase sanguine
- Les pressions en amont de l'oreillette gauche : Hypertension artérielle pulmonaire d'abord post-capillaire puis pré-capillaire et enfin insuffisance du ventricule droit

#### En aval de l'obstacle :

- Le débit cardiaque initialement conservé va s'abaisser à l'effort
- Le ventricule gauche est normal
- Une insuffisance ventriculaire gauche survient si fibrillation auriculaire



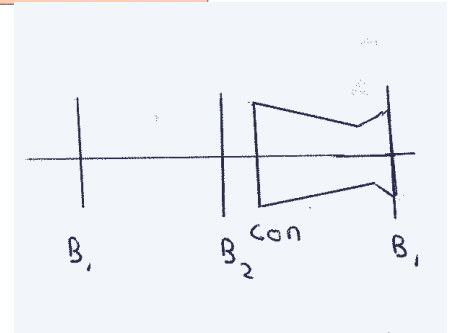
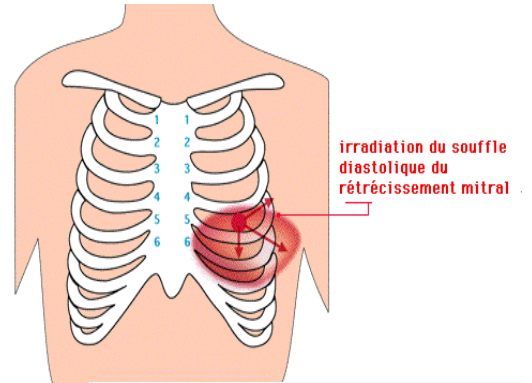
## Diagnostic positif

### Circonstances de découverte :

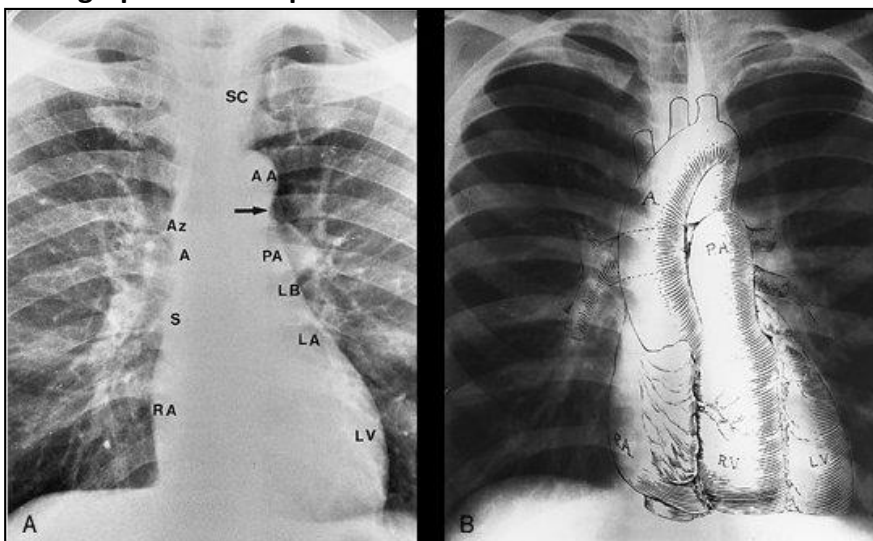
- **Fortuitement** : ex systématique, grossesse
- **Symptomatologie à l'effort** :
  - Dyspnée d'effort
  - Hémoptysie, toux
  - Œdème pulmonaire
- **Accident évolutif** :
  - Passage en fibrillation auriculaire
  - Embolie systémique

### Examen clinique :

- **Palpation** : frémissement cataire diastolique apexien ± signe de Harzer si hypertrophie ventriculaire droite
- **Auscultation** :
  - **Triade de Durozier** :
    - Eclat de B<sub>1</sub> à la pointe
    - Claquement d'ouverture de la mitrale (l'intervalle B<sub>2</sub>/Claquement d'ouverture mitrale est d'autant plus court que la sténose est plus serrée)
    - Roulement diastolique maximal en protodiastole, allant decrescendo, maximal à la pointe, irradiant parfois à l'aisselle
  - Ce roulement est difficilement perçu en cas de tachyrythmie ou d'effondrement du débit cardiaque
  - L'éclat de B<sub>1</sub> et le claquement d'ouverture mitrale peuvent manquer si la sténose mitrale est massivement calcifiée
  - **Autres** : éclat de B<sub>2</sub> au foyer pulmonaire, souffle systolique d'Insuffisance Tricuspidienne, crépitations...



### Radiographie thoracique :



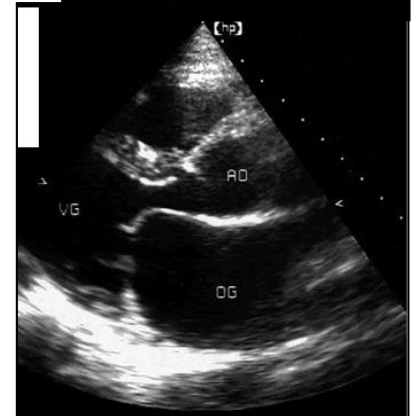
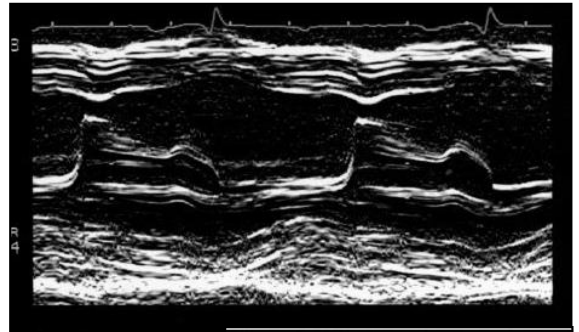
- Augmentation de l'oreillette gauche
- Augmentation du ventricule droit
- Augmentation de l'artère pulmonaire
- Œdème pulmonaire

## Electrocardiogramme :

- Il est parfois normal
- Lorsque le rythme est sinusal, il y a souvent des signes d'hypertrophie auriculaire gauche et d'hypertrophie ventriculaire droite
- Le passage en fibrillation auriculaire est fréquent, précédé par des extrasystoles auriculaires

## Echocardiographie :

- **Signes indirects** : dilatation de l'oreillette gauche et des cavités droites
- **Signes directs** :
  - **En mode Time Motion (TM)** : aspect en créneau de la grande valve mitrale, mouvement paradoxal antérieur de la petite valve mitrale
  - **En mode bidimensionnel** : valves épaissies et/ou calcifiées, peu mobiles, rétraction de l'appareil sous-valvulaire, bombement diastolique de la grande valve ainsi qu'une symphyse des commissures
  - **Doppler pulsé codé couleur** : calcul de la surface mitrale et évaluation du gradient de pression trans-valvulaire
- **Echographie Trans-Œsophagienne** : recherche d'un thrombus intra-oreillette gauche +++



## Explorations hémodynamiques :

- **Cathétérisme droit** : élévation de la pression capillaire pulmonaire, de la pression artérielle pulmonaire et de la pression systolique du ventricule droit. Le débit cardiaque est normal au repos, insuffisamment élevé à l'effort
- **Cathétérisme gauche** : calcul de surface mitrale

## Formes cliniques

### Rétrécissement Mitral serré :

- **Cliniquement** : Œdème Aigu du Poumon, Hypertension Artérielle Pulmonaire et Insuffisance Ventriculaire Droite
- **Doppler** : surface mitrale inférieure à 1.5 cm<sup>2</sup>
- C'est une indication à l'intervention chirurgicale

## Diagnostic différentiel

- Myxome de l'oreillette gauche : symptomatologie posturale
- Communication Inter-Auriculaire
- Insuffisance Aortique

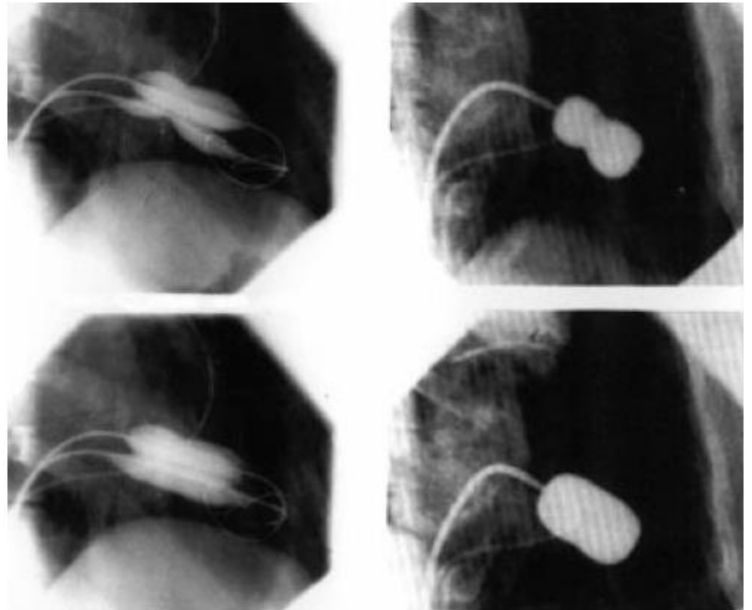
## Evolution / Complication

- **Complications auriculaires gauches** :
  - **Troubles du rythme** : Extra-Systoles Auriculaires, Flutter et Arythmie Complète par Fibrillation Auriculaire qui est responsable d'une baisse du débit cardiaque et d'une majoration des symptômes et du risque emboligène
  - **Thrombose de l'oreillette gauche et embolies systémiques** : elle atténue les signes auscultatoires du RM, tous les territoires peuvent être atteints, particulièrement les artères cérébrales. Ces embolies sont souvent multiples, récidivantes et favorisées par un changement du rythme.
- **Complications pulmonaires** : dyspnée d'effort, œdème pulmonaire, hémoptysies, embolies pulmonaires, broncho-pneumopathie mitrale.
- **Complications gravo-cardiaques** : exacerbées vers le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>e</sup> trimestre
- Greffe oslérienne

## Traitement

- **Traitement préventif** : prévention du RAA
- **Traitement médical** : réservé au RM asymptomatique peu serré, il comprend :
  - Régime désodé modéré + éviction des gros efforts physiques
  - Traitement d'une fibrillation auriculaire : digitaliques, anticoagulation efficace, traitement symptomatique d'un œdème aigu du poumon ou d'une embolie pulmonaire
- **Valvuloplastie ou commissurotomie mitrale percutanée** :

- **Technique** : cathétérisme veineux amenant par voie trans-septale auriculaire une sonde à ballonnet au niveau de l'orifice mitral permettant sa dilatation
- **Contre-indication** : thrombus intra oreillette gauche, calcification valvulaires massives ou fuite mitrale volumineuse
- **Indication** : RM serré à valves souples et appareil sous-valvulaire peu altéré, sujet âgé ou contre-indication à la chirurgie
- **Résultats** : fuite mitrale résiduelle fréquente mais rarement importante
- **Surveillance** : par échodoppler



10 Dilatation mitrale percutanée selon la technique du double ballon (à gauche) et du ballon d'Inoue (à droite). Vue en amplificateur de brillance en oblique antérieure droite durant la procédure.

- **Traitement chirurgical** (commissurotomie à cœur ouvert / remplacement valvulaire) :

- **Indications** :
  - Valvulopathie associée
  - Fuite mitrale importante
  - Thrombose de l'oreillette gauche
  - Re-sténose mitrale itérative
  - Lésions de l'appareil sous-valvulaire
- Le remplacement est privilégié en cas d'Insuffisance Mitrale importante ou de destruction massive de l'appareil sous-valvulaire

