

INSUFFISANCE AORTIQUE

DR AMOROUAYECHE

DEFINITION

- Régurgitation de sang de l'aorte vers le ventricule gauche (VG) en diastole.

PHYSIOPATHOLOGIE

INSUFFISANCE AORTIQUE CHRONIQUE

Surcharge volumétrique du VG → dilatation du VG → ↑ de l'inotropisme et de la PAS → hyperpulsatilité et dilatation de l'AO
↓ la PAD → ↓ de la perfusion des coronaires → ischémie

INSUFFISANCE AORTIQUE AIGUE

Aucun mécanisme adaptatif n'a le temps de se mettre en place → régurgitation diastolique transmise sur pressions en amont → OAP cardiogénique .

ETIOLOGIES

- **INSUFFISANCE AORTIQUE RHUMATISMALE:**

l'étiologie la plus fréquente dans les pays en voie de développement
les patients en général âgés de 20 à 40 ans.

souvent associée à une sténose aortique (maladie aortique) et/ou à d'autres valvulopathies.

La lésion anatomique est une fusion des commissures et une rétraction des valves.



IA dystrophique

l'étiologie la plus fréquente dans les pays développés.

Patients entre 40 et 60 ans. Idiopathique le plus souvent.

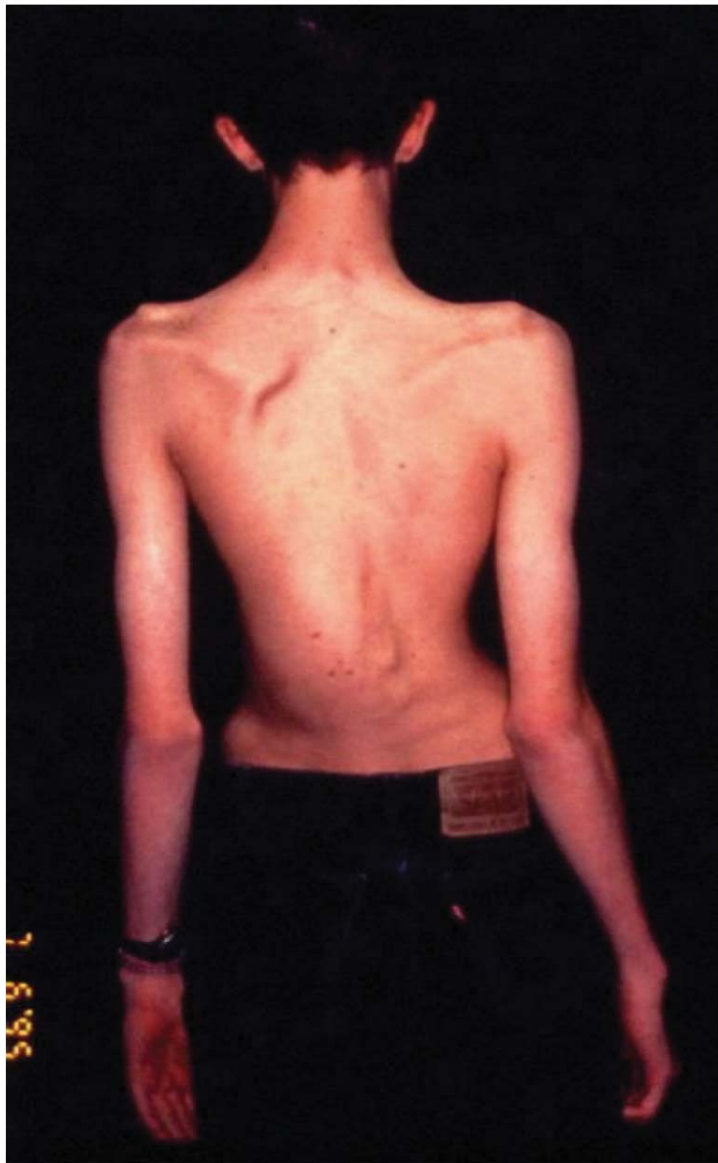
Elle peut entrer ou non dans le cadre d'une maladie génétique : maladie de Marfan

L'atteinte dystrophique peut atteindre les valves (fines, pellucides) et/ou l'anneau aortique et/ou l'aorte ascendante.

Une dilatation de l'aorte ascendante va entraîner une insuffisance aortique =



maladie annulo-ectasiente.



Normal hands

Marfan Syndrome

Elongated finger and arm bones

Normal

Marfan Syndrome

Normal chest

syndrome de Marfan

INSUFFISANCE AORTIQUE CONGENITALE

Le plus souvent sur une
bicuspidie aortique +++ (1 % de
la population)
souvent associée à une dilatation
de l'aorte ascendante. Existence
de formes familiales
Maladie de Laubry Pezzi = CIV
+ IAo



Insuffisance aortique aiguë

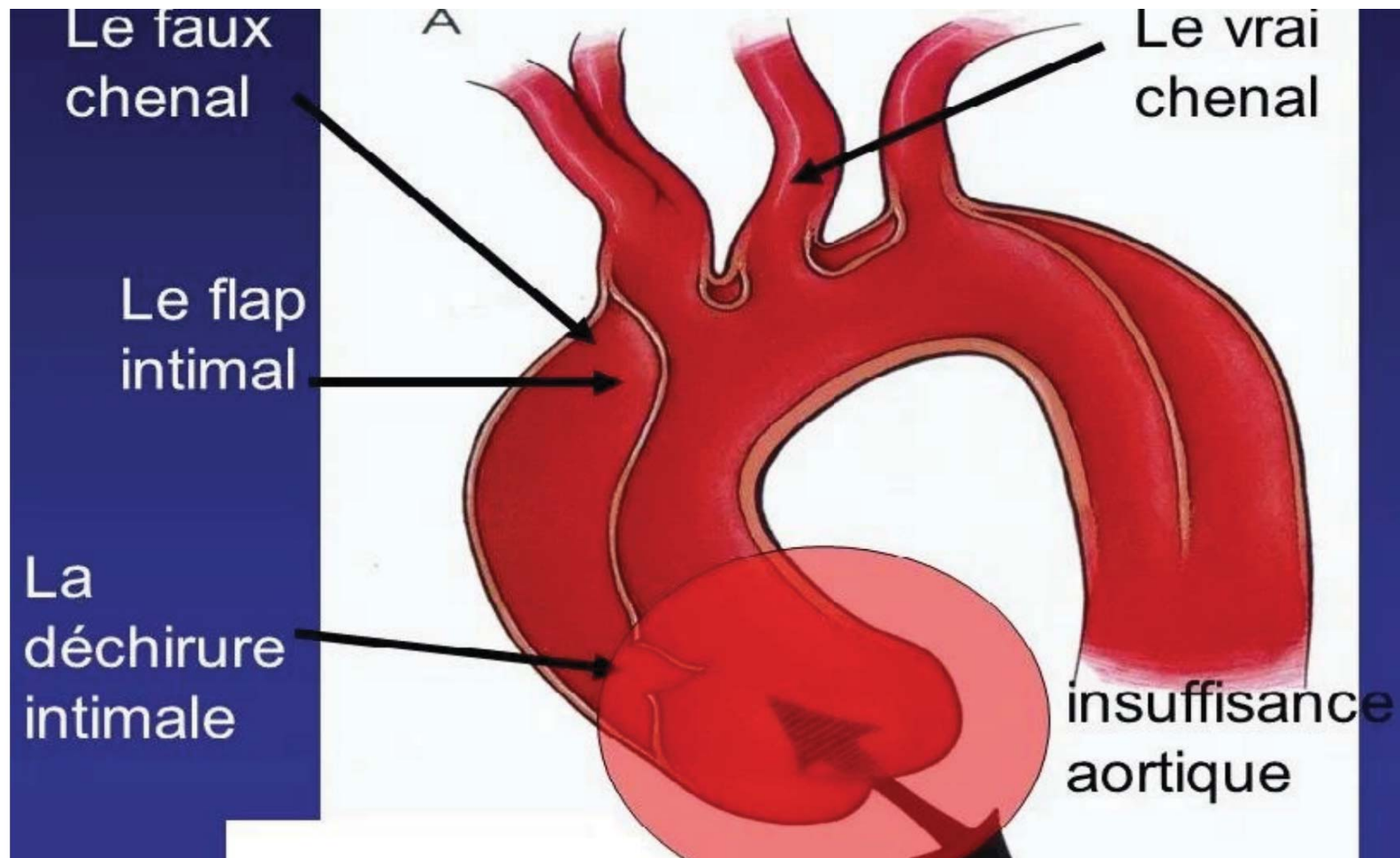
Endocardite infectieuse +++

Dissection aortique aiguë +++ : atteignant l'anneau aortique

IA traumatique

**INSUFFISANCE
AORTIQUE
INFECTIEUSE**





DISSECTION AORTIQUE

DIAGNOSTIC

Signes fonctionnels

Ils sont peu spécifiques et tardifs, l'insuffisance aortique pouvant être découverte fortuitement lors d'une auscultation systématique

Dyspnée d'effort, à quantifier (classification NYHA)

Angor d'effort et parfois de repos .

Lipothymie , asthénie, fatigabilité à l'effort

Insuffisance cardiaque rare et tardive

Signes physiques

Choc de pointe « en dôme de Bard » dévié en bas et à gauche

Souffle diastolique : Protodiastolique ,doux, humé, aspiratif, d'emblée maximal il évolue decrescendo .Max au foyer aortique et irradie le long du bord gauche du sternum.

Position de sensibilisation : Assis , en antéflexion et expiration forcée

Souffle de RA fonctionnel fréquent → souffle systolique d'accompagnement

Signes d'IAO importante :

- Roulement diastolique de flint au foyer mitral (=RM fonctionnel) : fermeture partielle de la M par flux de régurgitation
- Galop protodiastolique =B3 → IVG

Signes périphériques d'IAO volumineuse :

- Elargissement de PA différentielle
- Hyperpulsatilité artérielle : danse des artères de Musset, pouls de Corrigan, double souffle fémoral de Duroziez .

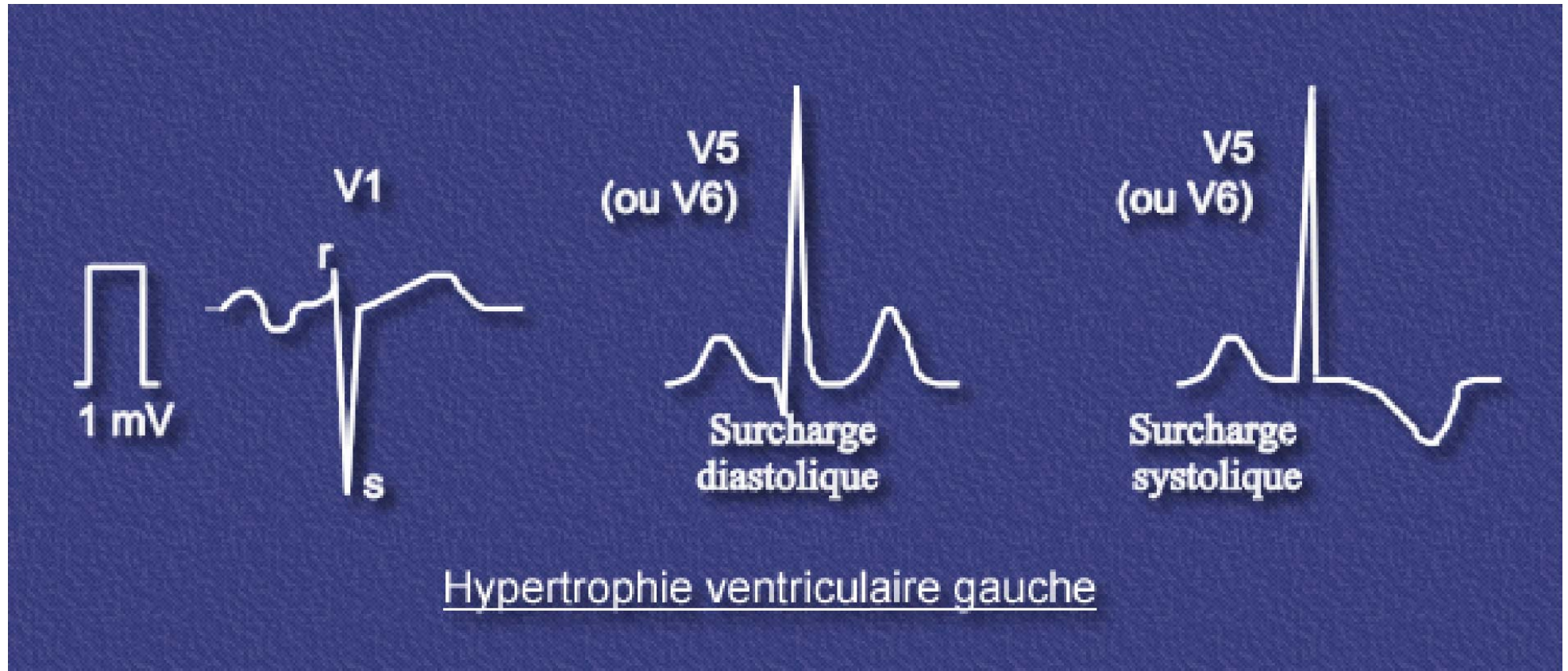
EXAMEN COMPLEMENTAIRES

ECG

- Peut être normal
- Typiquement, hypertrophie ventriculaire gauche diastolique
- Parfois HVG à type de surcharge systolique ou mixte (stade évolué)
- Rythme sinusal persistant pendant une période très prolongée de l'évolution.
- Survenue de fibrillation atriale

SIGNES RADIOLOGIQUES

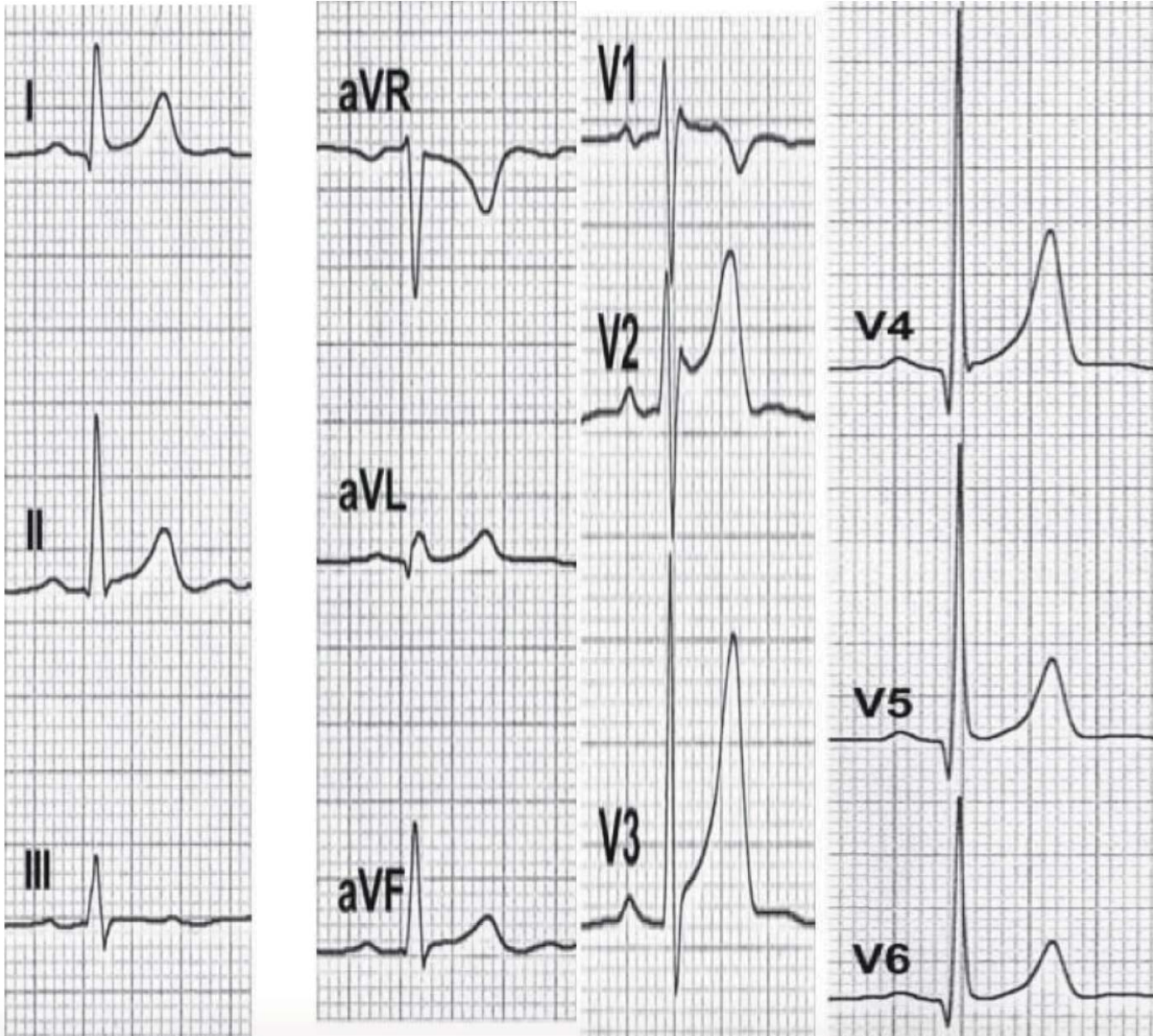
- Les IA de petit volume n'ont pas de signes radiologiques.
- Les IA volumineuses chroniques entraînent une augmentation de l'index cardiothoracique avec une dilatation du VG (AIG) et de l'aorte ascendante (ASD)



HVG : augmentation des indices (SOKOLOW et CORNELL)

HVG systolique : T négatives + disparition des ondes Q en V5 /V6

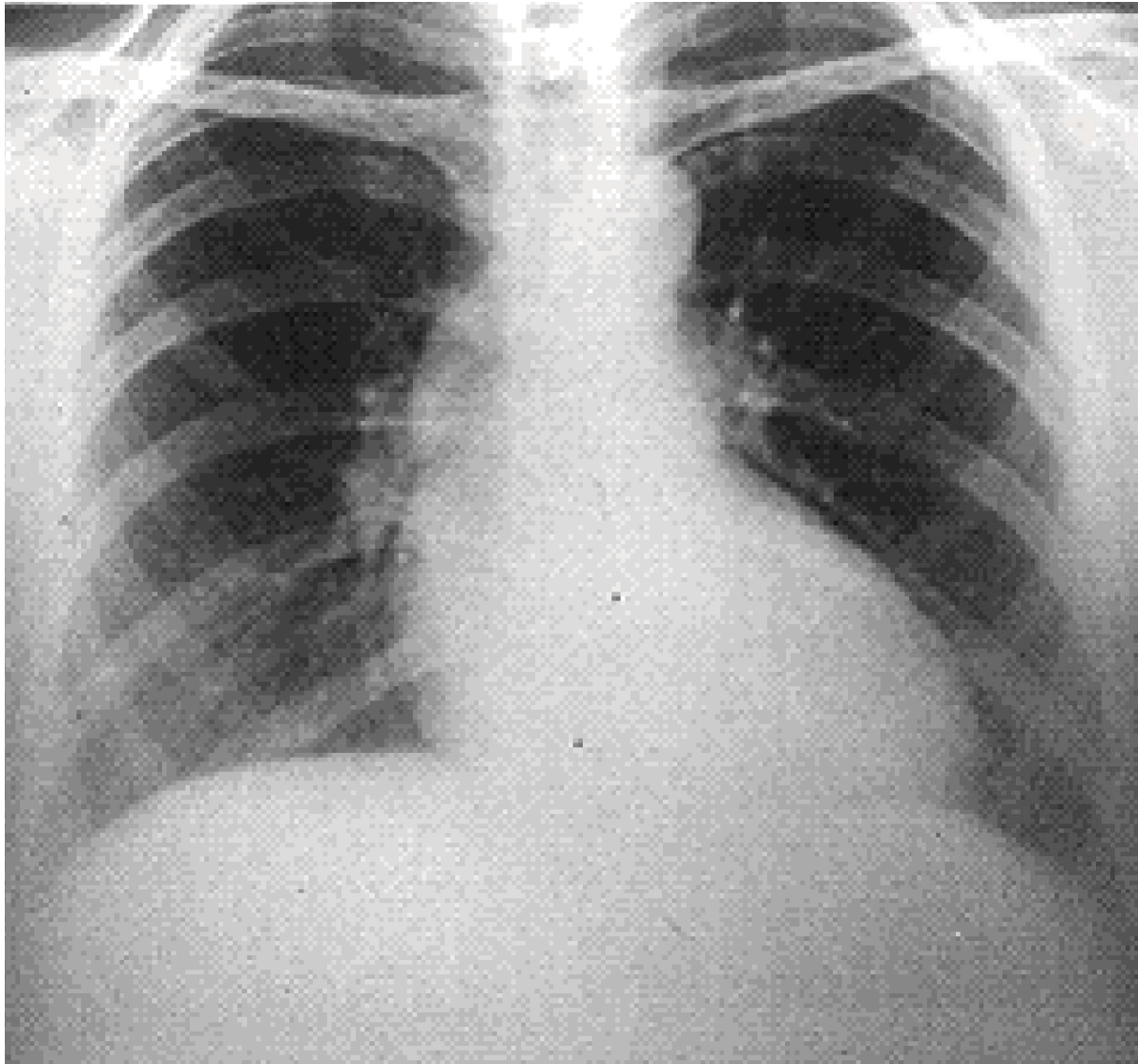
HVG diastolique : T positives + ondes Q fines et profondes en V5 /V6



**Sokolow=37 mm
Cornell=6mm**

HVG diastolique

**Homme 73 ans
IAO importante**



- **augmentation de l'ICT**
- **dilatation du VG (AIG)**
- **dilatation de l'aorte ascendante (ASD)**

ÉCHOCARDIOGRAPHIE permet de :

- Confirmer l'IA : doppler couleur
- Déterminer l'étiologie
- Quantifier l'importance de la fuite : IA sévère si : $SOR \geq 30 \text{ mm}^2$ et/ou $VR \geq 60 \text{ ml/bat}$.
- Préciser le retentissement : fonction VG (diamètre et FE) et la PAPS
- Rechercher d'autres atteintes valvulaires, notamment mitrale ou tricuspide

Échographie transoesophagienne : pour les dimension de l'aorte ++ et la bicuspidie ++

EXPLORATION HÉMODYNAMIQUE Elle est réalisée surtout pour faire la coronarographie préopératoire

PHILIPS

23/08/2013 07:33:07 TIS0.1 MI 0.5

02/08/1955

X7-2t/Adult

FR 67Hz
13cm

2D
71%
C 50
P Off
Gen



M4

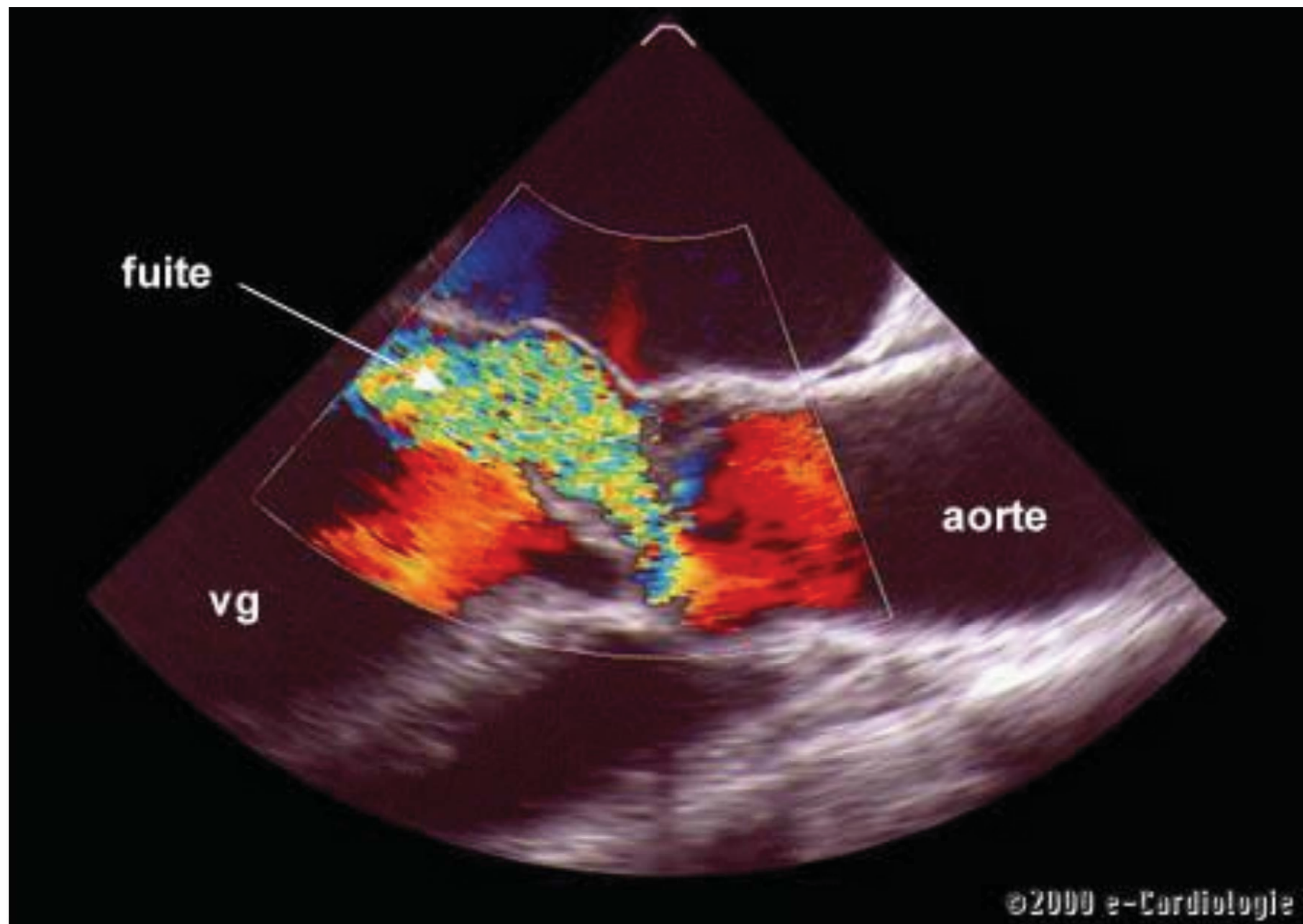


Bi
ac

JPEG

PAT T: 37.0C
TEE T: 39.5C

59 bpm



IMAGERIE EN COUPES (SCANNER ET IRM)

Le scanner et l'IRM ont des indications spécifiques dans l'IA : ils permettent de préciser la taille de l'aorte ascendante d'en surveiller l'évolution chez les sujets non opérés d'emblée

COMPLICATIONS

- Insuffisance cardiaque gauche ou globale +++
- Dissection ou rupture aortique +++
- Endocardite infectieuse +++
- Mort subite, rare (trouble du rythme dans les formes évoluées, rupture aortique)

TRAITEMENT

TRAITEMENT MÉDICAL

- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)
- Des β -bloqueurs lorsqu'il existe une dilatation de l'aorte ascendante.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

- Remplacement valvulaire aortique (RVA) en cas d'IA sévère isolée soit par prothèse mécanique ou par prothèse biologique
- RVA associé à un remplacement de l'aorte ascendante, en cas d'IA avec dilatation aortique (chirurgie de type Bentall)

INDICATION: l'indication opératoire si :

- IA sévère symptomatique
- IA sévère asymptomatique avec dysfonction VG (FE < 50% et/ou DTDVG > 70mm et/ou DTSVG > 50 mm
- IA avec dilatation importante de l'aorte ascendante (55 mm de diamètre ; 50 mm pour la maladie de Marfan)