

## LE RETRECISSEMENT MITRAL

### I. DEFINITION :

### II. ANATOMO-PATHOLOGIE :

- A. Lésions valvulaires :
- B. Cavités cardiaques :
- C. Poumons :
- D. Lésions viscérales :

### III. PHYSIOPATHOLOGIE :

- A. *Retentissement en amont* :
- B. *Retentissement en aval* :

### IV. DIAGNOSTIC :

- A. CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE :
- B. EXAMEN CLINIQUE :
  - 1. **Palpation** :
  - 2. **Auscultation** :
  - 3. **Examen périphérique** :
- C. RADIOGRAPHIE DU THORAX :
- D. L'ELECTROCARDIOGRAMME :
- E. L'ECHOCARDIOGRAPHIE DOPPLER :
  - 1. **L'échocardiographie** : permet le diagnostic :
    - a. Signes indirects :
    - b. Signes directs :
  - 2. **Le doppler cardiaque** : permet :
  - 3. **L'échocardiographie trans-œsophagienne** :
- F. EXPLORATION HEMODYNAMIQUE ET ANGIOGRAPHIQUE :

### V. EVOLUTION COMPLICATIONS :

- A. *Les complications auriculaires gauches* :
  - 1. Les troubles du rythme :
  - 2. Thrombose auriculaire gauche et embolies systémiques :
- B. *Les complications pulmonaires* :
- C. *L'insuffisance cardiaque droite* :
- D. *Rétrécissement mitral et grossesse* :
- E. *Grefe oslerienne* :
- F. Syndrome d'ORTNER :

### VI. TRAITEMENT :

- A. TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE :
- B. TRAITEMENT CURATIF :
  - 1. *Valvuloplastie mitrale percutanée (dilatation percutané)* :
  - 2. *Chirurgie cardiaque* :

## LE RETRECISSEMENT MITRAL

### I. DEFINITION :

- Le rétrécissement mitral réalise un barrage au remplissage diastolique ventriculaire gauche par réduction de l'orifice mitral fonctionnel (<2.5cm<sup>2</sup>).
- Son origine est presque toujours rhumatismale, ce qui explique sa fréquence dans les pays en voie de développement. Le rétrécissement mitral congénital est exceptionnel.
- Cette pathologie atteint surtout la femme jeune.

### II. ANATOMO-PATHOLOGIE :

#### A. Lésions valvulaires :

- Les lésions anatomiques apparaissent environ deux ans après l'atteinte rhumatismale, alors que le retentissement ne survient que beaucoup plus tard (15ans environs).
- La lésion anatomique primitive est une **fusion commissurale**,
- Les deux valves : épaissies, rétractées et calcifiées.
- Les cordages : épaissis et fusionnés.

#### B. Cavités cardiaques :

- Hypertrophie dilatation de l'oreillette gauche, siège de thrombose favorisée par la stase et la fibrillation auriculaire.
- Dilatation des cavités droites.

#### C. Poumons : hyper vascularisation et œdème hémorragique.

#### D. Lésions viscérales : hépatomégalie de stase.

### III. PHYSIOPATHOLOGIE :

La surface mitrale normale est de 4 à 6cm<sup>2</sup>, les modifications hémodynamiques apparaissent à partir d'une surface <2.5 cm<sup>2</sup> et le rétrécissement mitral est serré si la surface est <1.5 cm<sup>2</sup>.

#### A. Retentissement en amont :

- Augmentation de la pression dans l'oreillette gauche à l'origine d'un gradient diastolique OG-VG.
- Dilatation de l'oreillette gauche à l'origine de troubles rythmiques (ACFA) et d'accidents thromboemboliques.
- élévation des pressions pulmonaires ;
  - D'abord capillaires responsables de la dyspnée et de l'œdème aigu du poumon.
  - Puis artérielles pulmonaires ; dans un premier temps post-capillaire réversible puis, mixte pré et post-capillaire irréversible.
- A un stade avancé, défaillance du ventricule droit avec insuffisance tricuspide.

B. Retentissement en aval :

- Le débit cardiaque initialement maintenu grâce à l'élévation de pression dans l'oreillette gauche, va ensuite baisser et surtout **n'augmente pas à l'effort**.
- La survenue d'une fibrillation auriculaire favorise la baisse du débit cardiaque et augmente le risque d'accidents emboliques systémiques.
- Le ventricule gauche est normal en absence de pathologie associée.

**IV. DIAGNOSTIC : le rétrécissement mitral pur.**

E. CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE : longtemps asymptomatique.

- Habituellement symptomatologie d'effort : **dyspnée**, Toux, hémoptysie.
- Parfois découverte fortuite lors d'un examen systématique.
- Plus rarement devant Accidents évolutifs :
  - œdème aigu du poumon ;
  - Passage en fibrillation auriculaire (palpitation) ;
  - Embolie systémique.

B. EXAMEN CLINIQUE :

**4. Palpation :**

- Frémissement diastolique **cataire** à la pointe.
- Parfois signe de Harzer.

**5. Auscultation :**

- Effectuée en décubitus dorsal et en décubitus latéral gauche
- Permet généralement le diagnostic en mettant en évidence la **triade de DUROZIER au niveau du foyer mitral** :
  - Eclat sec de B1.
  - Claquement d'ouverture de la mitrale (COM) : survient juste après le B2, disparaît en cas de remaniement important de la valve.
  - Roulement diastolique grondant, commence après le COM, holodiastolique avec un maximum protodiastolique et un renforcement présystolique, irradiant à l'aisselle.
- Au foyer tricuspide ; un souffle systolique d'insuffisance tricuspide mieux audible en inspiration profonde (manœuvre de RIVERO CARVALO).
- Au foyer pulmonaire ; un B2 fort ou dédoublé.
- Auscultation pulmonaire à la recherche de râles.

**6. Examen** périphérique à la recherche de signes d'insuffisance cardiaque droite.

**NB** : - Le **myxome intra-auriculaire gauche** reste le seul diagnostic différentiel clinique.

- **Signes clinique en faveur de RM serrée** :

- Crépitant aux deux bases pulmonaires ;
- Eclat de B2 (HTAP) et souffle méso-systolique éjectionnel au foyer pulmonaire ;
- Signes d'insuffisance cardiaque droite.

D. RADIOGRAPHIE DU THORAX :▪ Silhouette cardiaque :

- ✓ Rarement normale
- ✓ Plus souvent typique : De face, **silhouette mitrale triangulaire** avec :
  - Arc moyen gauche en double bosse (tronc de l'artère pulmonaire en haut et l'auricule gauche en bas)
  - Arc inférieur droit en double contour (dilatation de l'oreillette gauche).

▪ Les anomalies pulmonaires :

- ✓ Redistribution vers les sommets.
- ✓ Flou parahilaire, lignes de KERLEY.
- ✓ Œdème alvéolaire ; opacités floconneuses en **aile de papillon**.
- ✓ Comblement d'un cul-de-sac ou image de scissurite.

D. L'ELECTROCARDIOGRAMME :

- Parfois normal.
- En rythme sinusal : - Hypertrophie auriculaire gauche.
  - Hypertrophie ventriculaire droite.
- Arythmie complète par fibrillation auriculaire.

E. L'ECHOCARDIOGRAPHIE DOPPLER :4. **L'échocardiographie** : permet le diagnostic :a. Signes indirects :

- Dilatation de l'oreillette gauche.
- Dilatation des cavités droites.

b. Signes directs :▪ Mode temps mouvement (TM) :

- Aspect en **créneau** de la grande valve mitrale.
- **Mouvement paradoxal** de la petite valve mitrale.
- Epaissement et remaniement valvulaire.

▪ Echo bidimensionnelle (BD) :

- Bombement diastolique de la grande valve réalisant un aspect en **genou fléchi**.
- Symphyse des commissures.
- **Surface mitrale anatomique** par planimétrie.

5. **Le doppler cardiaque** : permet :

- Evaluer le gradient diastolique OG-VG
- Calculer la **surface mitrale fonctionnelle**.
- Pressions pulmonaires.
- Rechercher une valvulopathie associée.

**6. L'échocardiographie trans-œsophagienne :**

- Recherche de **thrombus** dans l'auricule gauche.
- Devant toute dilatation percutanée.

F. EXPLORATION HEMODYNAMIQUE ET ANGIOGRAPHIQUE : réalisée en cas de discordance entre la clinique et l'échographie.

**V. EVOLUTION COMPLICATIONS :**

Le rétrécissement mitral peut rester longtemps asymptomatique, l'apparition des symptômes est souvent émaillée d'accidents évolutifs ;

**G. Les complications auriculaires gauches :****1. Les troubles du rythme :**

- Les extrasystoles auriculaires
- Le flutter auriculaire
- La fibrillation auriculaire ; influence très nette sur l'évolution de la maladie :
  - Disparition du renforcement pré-systolique du roulement.
  - Diminution du débit cardiaque par perte de la systole auriculaire.
  - Majoration des signes pulmonaires.
  - Risque accru de thrombose.

**2. Thrombose auriculaire gauche et embolies systémiques :**

- Commence à l'auricule ;
- a évoqué devant un syndrome d'insuffisance cardiaque fébrile.
- Peut donner une mort subite ou se compliquer d'une embolie systémique pouvant intéresser le cerveau (AVC), les viscères ou les membres.

**H. Les complications pulmonaires :**

- Œdème pulmonaire, hémoptysie.
- Embolie pulmonaire.
- Broncho-pneumopathies mitrales.

**I. L'insuffisance cardiaque droite :**

- *Secondaire à l'HTAP et témoin d'un RM serré*
- *Diminue souvent la symptomatologie pulmonaire.*
- *Avec une insuffisance tricuspide et une arythmie complète*

**J. Rétrécissement mitral et grossesse :** les complications gravido-cardiaques sont marquées par la survenue d'un OAP vers le 3<sup>e</sup> mois ou en fin de grossesse.

**K. Greffe oslerienne :** le rétrécissement mitral est la valvulopathie qui se complique le moins d'endocardite infectieuse.

**L. Syndrome d'ORTNER :** dysphonie par paralysie récurrentielle gauche (OG éctasique comprimant le nerf).

**VI. TRAITEMENT :**

Le traitement du rétrécissement mitral reste chirurgical, le traitement médical n'est que symptomatique.

**C. TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE :**

- Prévention secondaire du rhumatisme articulaire aigu et prophylaxie de l'endocardite infectieuse.
- Traitement de l'insuffisance cardiaque : régime sans sels, vaso-dilatateurs et diurétiques.
- Traitement de la fibrillation auriculaire : anti-arythmiques et anti-coagulants.
- Les indications des anticoagulants dans le RM :
  - Fibrillation auriculaire.
  - Thrombus de l'OG.
  - Diamètre de l'OG  $\geq$  55mm.

**D. TRAITEMENT CURATIF : tout RM serré (surface  $\leq$  1.5 cm<sup>2</sup>) doit être traité****1. Valvuloplastie mitrale percutanée (dilatation percutané) :**

- C'est la technique de choix à chaque fois qu'elle est possible.
- Elle consiste en un cathétérisme percutané et dilatation par ballonnet de l'orifice mitral.
- Contre-indications :
  - Cyphoscoliose.
  - Thrombose auriculaire gauche.
  - Fuite mitrale grade 2 et plus.
  - Valvulopathie associée opérables.
- Complications : fuite mitrale importante et l'hémopéricarde.

**2. Chirurgie cardiaque : en cas de contre-indication ou d'échec de la dilatation percutané.**

- la commissurotomie à cœur fermé : est actuellement abandonnée.
- Commissurotomie à cœur ouvert : sous circulation extracorporelle.
- Remplacement valvulaire mitral : sous circulation extracorporelle.
  - Par valve mécanique ; nécessitant une anti-coagulation efficace à vie.
  - Par bioprothèse ; ne nécessite pas un traitement anticoagulant mais elle a une durée de vie réduite (10ans en moyenne) d'où son indication chez les personnes âgées et en cas de contre-indication au traitement anticoagulant.