

Journées provinciales de la Société française de cardiologie en Poitou-Charentes

● M.C. Aumont*

Les Journées provinciales de la SFC se sont déroulées dernièrement au Palais des Congrès du Futuroscope à Poitiers. Ce fut, comme d'habitude, l'occasion pour les différents groupes ou filiales de s'exprimer. Sans vouloir résumer l'ensemble des séances, soulignons l'intérêt d'une mise au point consacrée à l'insuffisance mitrale (IM) dégénérative.



A. Grand (Valence) a rappelé que l'étiologie rhumatismale, autrefois la plus répandue (60 %), avait cédé la place à l'étiologie dégénérative, représentant actuellement 72 % des cas. L'IM peut survenir du fait de lésions touchant l'anneau, les feuillets, les cordages et les piliers, le mur ventriculaire impliqué dans la dynamique du ventricule gauche et de l'oreillette gauche. L'IM importante est une maladie autoentretenu. Les cordages de premier ordre interviennent dans l'étanchéité, ceux de second ordre dans la géométrie et la fonction ventriculaires.

Deux classifications sont couramment utilisées (*tableau I*).

* Service de cardiologie A, hôpital Bichat, Paris.

Tableau I. Classifications des insuffisances mitrales.

| Première classification | |
|------------------------------|--|
| ✓ | Dystrophique |
| ✓ | Organique, non dystrophique (EI) |
| ✓ | Ischémique |
| ✓ | Fonctionnelle |
| Classification de Carpentier | |
| Type I : | mouvements valvulaires normaux |
| | · dilatation annulaire |
| | · perforation (endocardite infectieuse) |
| Type II : | mouvements valvulaires exagérés |
| | · prolapsus : bord libre dépasse le plan de l'anneau |
| | · ballonnisation : bord libre dans le plan de l'anneau |
| Type III : | mouvements valvulaires réduits |
| | · restriction diastolique : RAA |
| | · restriction systolique |
| | IM ischémique |
| | cardiomyopathie dilatée évoluée |

EI : endocardite infectieuse ; RAA : rhumatisme articulaire aigu.

ÉCHOCARDIOGRAMME PRÉ-, PER- ET POSTOPÉRATOIRE

P. Dehant (Bordeaux) a rappelé les critères diagnostiques d'une IM sévère grade 3 ou 4 (*tableau II*).

Tableau II. Diagnostic d'une IM sévère.

| | |
|---|---|
| ✓ | PISA |
| | · surface de l'orifice régurgitant > 30 mm ² |
| | · fraction de régurgitation > 45 % |
| | · volume régurgité/battement > 50 ml |
| ✓ | Fraction de régurgitation > 50 % (Simpson + débit aortique) |
| ✓ | Onde E mitrale > 1,5 m/s |
| ✓ | Diamètre du jet en ETO > 6 mm |
| ✓ | FEVG < 60 % - DTSVG > 26 mm/m ² |
| ✓ | PAPS 50-60 mmHg |
| ✓ | Cohérence avec les autres indices |



En pré-opératoire

L'écho-doppler cardiaque aide à prédire le geste (plastie ou remplacement valvulaire mitral) et permet d'examiner les éléments nécessaires à sa réalisation. Les réelles contre-indications sont :

- la fibrose ou les calcifications extensives touchant l'appareil valvulaire ou sous-valvulaire,
- la rupture du pilier en phase aiguë d'infarctus du myocarde.

En per-opératoire

Le contrôle de la plastie mitrale doit être fait avec une pression artérielle > 110 mmHg et un remplissage satisfaisant (diamètre ventriculaire gauche évalué en transgastrique). L'analyse morphologique est suivie d'une analyse fonctionnelle avec le doppler couleur. Les IM grade 1 sont bien tolérées. Les IM grade 2 sont analysées au cas par cas. Le mouvement systolique antérieur de la mitrale peut créer une obstruction. Cette obstruction est plus fréquente dans les groupes à "haut risque" et survient dans 4 à 5 % des plasties.

En postopératoire

L'échographie transthoracique est suffisante. Les IM résiduelles de grade 1 à 2 et 2 doivent être surveillées de façon rapprochée. Différents mécanismes peuvent intervenir : progression de la maladie, lâchage de suture...

INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS LES IM ASYMPTOMATIQUES

C. Tribouilloy (Amiens) a rappelé l'étude d'Enriquez-Sarano montrant que 1,8 % des patients meurent subitement dans l'année (ceci représentant 25 % des décès). Les facteurs prédictifs indépendants sont la classe NYHA, la fraction d'éjection ventriculaire gauche, l'existence d'une fibrillation auriculaire. La correction chirurgicale de l'IM réduit l'incidence de la mort subite. Dans l'IM asymptomatique, il y a 1 % de morts subites par an, ce qui correspond à peu près au risque opératoire du sujet de moins de 75 ans. Les facteurs pronostiques de l'IM opérée sont :

- l'âge, la classe NYHA, la durée d'évolution des symptômes ;
- la chirurgie conservatrice ;
- la fraction d'éjection ventriculaire gauche, le diamètre télé-systolique ventriculaire gauche ;
- la fibrillation auriculaire ;
- l'existence d'une coronaropathie associée.

Les prolapsus commissuraux sont plus difficiles à réparer que les prolapsus de P2.

La mortalité opératoire varie selon l'étiologie dystrophique (1,7 %), organique (5,7 %), ischémique/ fonctionnelle (15,7 %).

La première cause de mortalité postopératoire est la dysfonction ventriculaire gauche postopératoire. Ainsi, on peut distinguer trois groupes en pré-opératoire, selon que la fraction d'éjection est supérieure ou égale à 60 %, comprise entre 50 et 60 % (traduisant déjà une altération importante de la fonction ventriculaire) ou inférieure à 50 %. Plus la fraction d'éjection est basse, plus la survie est mauvaise. En soi, la fraction d'éjection est un mauvais paramètre, mais c'est un bon paramètre pour prédire la survie.

Lorsque la fraction d'éjection est supérieure à 60 %, la survie est meilleure si le patient est en classe I ou II que s'il est en classe III ou IV de la NYHA. Il faut opérer avant que le diamètre télé-systolique ventriculaire gauche ne dépasse 45 mm (soit 26 mm/m²) et que la fraction d'éjection ne devienne inférieure à 60 %. La fibrillation auriculaire représente un tournant évolutif. Elle est un facteur prédictif de mort subite dans l'insuffisance mitrale. Une fibrillation auriculaire permanente de plus de trois mois en pré-opératoire est associée à un risque élevé de fibrillation auriculaire postopératoire.

Les indications opératoires sont résumées dans le **tableau III**. Reste la question du patient asymptomatique en rythme sinusal avec FE > 60 % et DTSVG < 45 mm. Faut-il faire l'intervention tout de suite ou plus tard ? Les éléments faisant pencher pour l'intervention sont :

- une IM sévère,
 - un âge < 75 ans,
 - un risque opératoire faible < 2 % tenant compte de la comorbidité,
 - une grande probabilité de plastie (IM dystrophique).
- Les deux facteurs prédominants sont les données de l'échographie et l'entraînement de l'équipe chirurgicale.

Tableau III. Insuffisance mitrale organique sévère asymptomatique.

| Indications opératoires | |
|----------------------------|---|
| ✓ IM volumineuse | · surface de l'orifice régurgitant > 40 mm ² · volume de la régurgitation > 60 ml · fraction de régurgitation > 50 % |
| ✓ IM non ischémique | |
| ✓ Dysfonction VG débutante | · FE proche de 60 % · DTSVG approchant 26 mm/m ² , même si l'on part pour une prothèse |
| ✓ Dysfonction VG sévère | · FE < 60 % · DTSVG > 26 mm/m ² |
| ✓ Fibrillation auriculaire | |

FE : fraction d'éjection ; DTSVG : diamètre télé-systolique ventriculaire gauche.

LES DIVERS PROCÉDÉS OPÉRATOIRES

J.F. Obadia (Lyon) a résumé les techniques opératoires. Le chirurgien peut réparer l'anneau avec un anneau rigide (Carpentier) ou souple (Duran), les feuillets, l'appareil sous-valvulaire (enfouissement, marginalisation, transposition de cordages, Gore-Tex en imaginant la bonne taille). Certains ont proposé une chirurgie antianatomique (Alfieri-Melo) en suturant A2 et P2. Des situations particulières peuvent être rencontrées : prolapsus des commissures, présence de calcifications, tissu valvulaire en excès, endocardite septique (dans ce cas, utilisation d'une homogreffe partielle) ou stérilisée.

La chirurgie de la fibrillation auriculaire comporte deux techniques :

1. L'incision-suture ou technique du labyrinthe de Maze/Cox. Cette technique demande 45 minutes de clampage et permet de rétablir le rythme sinusal dans plus de 95 % des cas.

2. La radiofréquence permet 60 % de retour en rythme sinusal, mais on manque de recul (deux ans actuellement).

En conclusion, avec les nouveautés techniques, pratiquement toutes les insuffisances mitrales dystrophiques sont opérables. Face à une même lésion, il peut y avoir plusieurs solutions, et c'est alors un choix d'écoles. Pour les formes complexes, la répa-

ration est très "opérateur-dépendante". Un remplacement valvulaire mitral vaut mieux qu'une mauvaise réparation.

Pour terminer, **P.L. Michel** (Paris) a rappelé les résultats éloignés de la chirurgie conservatrice dans la série de l'hôpital Tenon comportant 278 patients opérés d'une IM dégénérative de 1976 à 1997. La mortalité opératoire a été de 1,1 % et la morbidité de 9,4 %. Il y a 52 % de survivants à 20 ans. Sur 68 décès tardifs, 38 sont d'origine non cardiaque. Les insuffisances mitrales résiduelles ou récidivantes sont plus fréquentes en cas de prolapsus commissural. ■



73th AHA
American Heart Association

12 - 15 novembre 2000,

La Nouvelle-Orléans

On Line

e-journal

en direct

les 12, 13, 14, 15 novembre 2000

dans votre e-mail

la lettre
du cardiologue

Tous les jours, recevez les temps forts du congrès sur votre messagerie électronique où un lien hypertexte vous permettra très facilement d'accéder au compte-rendu présenté sous forme de brèves et de courtes interviews.

Vous pouvez également vous connecter sur le site (adresse ci-dessous) pour recevoir ces informations.

Vous désirez :

- recevoir directement le e-journal : contactez mcroci@edimark.fr

- accéder au site : connectez-vous à partir du 12 novembre 2000 sur www.edimark.fr/aha.htm

A bientôt sur le Net !