



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com

Annales de Cardiologie et d'Angéiologie xxx (2017) xxx–xxx

**Annales de  
cardiologie  
et d'angéiologie**

Mise au point

## Prise en charge de la maladie polyvalvulaire

### *Management of multiple valve disease*

Z. Raissuni<sup>a,\*</sup>, A. Abourazzak<sup>b,1</sup>, L. Hara<sup>b</sup>, J. Zarzur<sup>b</sup>, M. Cherti<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Faculté de médecine de Tanger, université Abdelmalek Essaidi, Tanger, Maroc

<sup>b</sup> Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, université mohammed V Souissi, Rabat, Maroc

Reçu le 19 mars 2017 ; accepté le 27 avril 2017

#### Résumé

La maladie polyvalvulaire n'est pas une situation rare. Le manque de données spécifiques pour chaque association ne permet pas la proposition d'une prise en charge standardisée. Cet article vise à passer en revue les données disponibles sur la gestion de la maladie polyvalvulaire, en tenant compte des interactions entre les différentes lésions valvulaires, des pièges diagnostiques et des stratégies qui devraient être considérées en présence d'une valvulopathie multiple.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés* : Polyvalvulopathie ; Échocardiographie ; Associations ; Timing chirurgical

#### Abstract

Polyvalvular disease is not a rare condition, the lack of specific data for each situation does not allow performing standardized management and guidelines. We want to present by this review available data on the management of polyvalvular disease, taking into account different possible associations between the valve lesions.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Keywords*: Polyvalvulopathie; Echocardiographie; Associations; Timing chirurgical

### 1. Préambule

Les données sur les polyvalvulopathies sont rares du fait d'un grand nombre de possibles combinaisons et aussi en raison des difficultés de quantification exacte à l'échocardiographie. La plupart des études publiées sur les polyvalvulopathies ont mis l'accent sur la régurgitation et la sténose d'une valve unique. Par conséquent, de nombreux aspects d'atteintes ne sont pas couverts par les recommandations sur les valvulopathies émises par les sociétés savantes : European Society

of Cardiology (ESC) ou the American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA) [1,2]. Parallèlement, ces recommandations ne sont en grande partie que d'un niveau de preuve C, étant fondées sur des preuves provenant de populations très limitées ou sur l'avis d'un consensus d'experts (Tableau 1). La maladie polyvalvulaire n'est cependant pas rare. Selon les données de la Société des chirurgiens thoraciques, la chirurgie des polyvalvulopathies représentait 8,6 % des 86 580 interventions chirurgicales effectuées entre 1986 et 1995 [3]. Dans l'Euro Heart Survey, jusqu'à 15 % des patients subissant une chirurgie valvulaire avaient polyvalvulopathies [4]. Ce document présente les données disponibles sur la gestion des polyvalvulopathies. Il n'a pas examiné les situations impliquant une seule valve (combinaison de sténose et régurgitation dans la même valve).

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : zainab.raissouni@hotmail.com (Z. Raissuni).

<sup>1</sup> Ces auteurs ont contribué de façon égale à ce travail.

Tableau 1  
Indication de chirurgie valvulaire chez les patients subissant une chirurgie d'une autre valve.

Valvulopathie	Recommandations ACC/AHA	Recommandations ESC
SA	<p>Classe I : le RVA est indiqué chez les patients avec SA sévère et sujets à une chirurgie de l'aorte ou d'une autre valve (NDP : C)</p> <p>Classe IIa : le RVA est raisonnable chez les patients avec SA modéré sujets à une chirurgie de PAC, de l'aorte ou d'une autre valve (NDP : B)</p> <p>Classe IIb<sup>a</sup> : le RVA peut être indiqué chez les patients sujets à un PAC avec une SA moyenne, et présence de calcification modérée à sévère, et une progression rapide (NDP : C)</p>	<p>Classe I : il y a évidence et/ou un accord général que le patient avec SA sévère sujets à une chirurgie d'une autre valve doivent faire l'objet d'un RVA (NDP : C)</p> <p>Classe IIa : le poids de l'évidence et l'opinion est en faveur d'un RVA chez les patients avec SA modérée sujets à une chirurgie d'une autre valve (NDP : C)</p>
IA	<p>Classe I : le RVA est indiqué chez les patients avec IA sévère, sujet à une chirurgie d'une autre valve (NDP : C)</p> <p>Classe IIb<sup>a</sup> : le RVA peut être indiqué chez les patients avec IAO modérée subissant une chirurgie de PAC (NDP : C)</p>	<p>Classe I : il y a évidence et/ou accord général que les patients avec IA sévère, sujets à une chirurgie d'une autre valve doivent faire l'objet d'un RVA (NDP : C)</p>
IT	<p>Classe I : la plastie tricuspide est bénéfique chez les patients avec IT sévère associée à une valvulopathie mitrale relevant d'une chirurgie mitrale (NDP : C)</p> <p>Classe IIb : l'annuloplastie tricuspide peut être impliquée pour l'IT moins que sévère chez les patient sujets à une chirurgie valvulaire mitrale en présence d'une hyoertension pulmonaire dilatation de l'anneau tricuspide (NDP : C)</p>	<p>Classe I : il y a une évidence et/ou accord général que les patients avec IT sévère sujets à une chirurgie valvulaire G (NDP : C)</p> <p>Classe IIa : le poids de l'évidence/opinion en faveur d'une chirurgie tricuspide chez les patients avec IT modérée sujets à une chirurgie valvulaire G (NDP : C) et chez les patients avec IT secondaire modérée et un anneau tricuspide dilaté (sup 40 mm à l'échographie) et chez les patients sujets à une chirurgie valvulaire G (NDP : C). Si IT sévère associée à un RM sévère une commissurotomie mitrale percutanée peut être tentée</p>
ST	Position non claire	<p>Classe I : il y a evidence et/ou accord général que les patients avec une ST sévère (± IT) sujet à une chirurgie valvulaire gauche devraient avoir une chirurgie tricuspide (ou valvulotomie au. . .</p>
IM	<p>Si SA et IM sévère, le RVA associé à une plastie mitrale est la stratégie idéale</p> <p>Si SA sévère et IM moins que sévère, l'ETO peropératoire et l'inspection visuelle de la valve mitrale sont nécessaire pour justifier une chirurgie supplémentaire de la valve mitrale</p>	<p>Chez les patients sujets à un RVA pour SA et IM fonctionnelle sous dilatation de l'anneau mitral, ni dilatation ou modification géométrique importantes ventriculaire G, la chirurgie valvulaire mitrale n'est généralement pas nécessaire</p>
SM	Si RM et IA associés envisager une dilatation mitrale au ballon, et surveiller l'amélioration des symptômes avant un éventuel RVA, si le RM est prédominant	<p>Chez les patients avec RM associé à une valvulopathie sévère la chirurgie est souvent préférée si association RM et valvulopathie aortique modérée une dilatation mitrale percutanée peut être réalis »e pour différer la chirurgie des 2 valves</p>

Une SA modérée est définie selon les recommandations de l'ESC par une surface entre 1,0 et 1,5 cm<sup>2</sup> (0,6–0,9 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> surface corporelle) ou gradient moyen aortique entre 30 et 50 mm Hg en présence d'un débit normal, et selon l'ACC/AHA par une surface entre 1,0 et 1,5 cm<sup>2</sup> (>0,6 cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> de surface corporelle), une vitesse maximale du jet entre 3,0 et 4,0 m/s, et un gradient aortique moyen entre 25 et 40 mm Hg. ACC : American College of Cardiology ; AHA : American Heart Association ; IA : insuffisance aortique ; SA : une sténose aortique ; RVA : remplacement de la valve aortique ; ESC : Société européenne de cardiologie ; VG : ventriculaire gauche ; IM : insuffisance mitrale ; SM, une sténose mitrale ; VM : la valve mitrale ; CMP : commissurotomie mitrale percutanée ; PAC : pontage aorto-coronaire ; TOE : ETO ; IT : insuffisance tricuspide ; ST : la sténose tricuspide ; NDP : niveau de preuve.

<sup>a</sup> Dans ces situations, les recommandations se réfèrent au PAC comme la raison principale pour la chirurgie, et non à la chirurgie d'une autre valve cardiaque.

## 2. Étiologies

Les polyvalvulopathies peuvent être acquises ou congénitales. Une des étiologies acquises les plus répandues dans le monde est la maladie rhumatismale, bien que l'incidence de cette maladie a diminué dans les pays développés, elle est encore très répandue dans notre contexte et dans les pays émergents. Dans les cardiopathies rhumatismales, l'atteinte de la valve aortique est présente dans 40 % des patients avec lésions mitrales, l'atteinte isolée de la valve aortique est rare [5]. D'autres étiologies de la polyvalvulopathie acquise comprenant l'endocardite, la radiothérapie thoracique et médiastinale, la toxicité médicamenteuse [6–9] et les connectivites, tels que Marfan et Ehlers Danlos, qui peuvent être associées à un prolapsus valvulaire mitral et aortique et une dilatation annulaire. Plusieurs étiologies congénitales rares (y compris syndrome trisomique) ont été rapportées [10–13]. Dans la population âgée, l'atteinte

dégénérative de la valve aortique et la calcification annulaire mitrale peuvent coexister [14]. La surcharge ventriculaire gauche de pression ou de volume secondaire à la maladie de la valve aortique peut induire à une régurgitation mitrale fonctionnelle (IM), et secondairement, une dilatation de l'anneau pulmonaire avec régurgitation pulmonaire suivie d'une hypertension artérielle pulmonaire. La surcharge ventriculaire droite de pression et de volume, secondaire à une pathologie gauche ou à une valvulopathie pulmonaire, peut induire à une insuffisance tricuspide (IT) par dilatation secondaire de l'anneau tricuspide. Plus de 20 % des patients souffrant d'un syndrome carcinoïde métastatique présentent une atteinte carcinoïde des valves cardiaques. Épaississant feuillets des deux valves tricuspide et pulmonaire et de l'appareil sous-valvulaire est commun, occasionnant une atteinte sévère tricuspide combinée à celle de la valve pulmonaire [15].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8652284>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8652284>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)