

Item 281 : Rétrécissement aortique (Evaluations)

Date de création du document 2011-2012

CAS CLINIQUE

Scénario :

Vous voyez en consultation un patient de 71 ans en bon état général qui se plaint de dyspnée d'aggravation progressive depuis 6 mois avec plusieurs épisodes de dyspnée paroxystique nocturne depuis une semaine. À l'interrogatoire, vous retrouvez une notion de souffle connu depuis plusieurs années. Au moment de la consultation, le patient se plaint à nouveau de dyspnée de repos. À l'examen, la TA est à 120/70 mmHg. À la palpation, le choc de pointe est étalé et dévié vers la gauche. À l'auscultation, le cœur est régulier et vous notez un souffle systolique éjectionnel au foyer aortique avec abolition du 2e bruit irradiant dans le cou. L'auscultation pulmonaire retrouve des râles sous-crépitaux diffus au niveau des deux champs pulmonaires.

QUESTION 1/6 :

Quel diagnostic évoquez-vous ?

Réponse attendue :

Insuffisance ventriculaire gauche sur probable rétrécissement aortique (dyspnée progressive avec épisodes de sub-OAP récents, souffle systolique au foyer aortique, râles pulmonaires).

QUESTION 2/6 :

Quelle prise en charge proposez-vous pour cet épisode dyspnéique aigu ?

Réponse attendue :

Hospitalisation, mise au repos en position demi-assise, monitoring.

Oxygénothérapie par sonde nasale si SpO₂ < 90 %.

Diurétiques de l'anse (furosémide) en IV pour obtenir rapidement 100 à 200 mL de diurèse.

Compensation des pertes potassiques.

Dérivés nitrés par voie IV (dinitrate d'isosorbide).

QUESTION 3/6 :

Quels examens demandez-vous ? Dites ce que vous attendez de chaque examen.

L'échocardiographie-doppler retrouve les données suivantes :

- valve aortique calcifiée, ouverture diminuée ;
- gradient de pression VG-AO moyen de 30 mmHg ;
- surface valvulaire de 0,72 cm² ;
- fraction d'éjection égale à 28 % ;
- volume systolique éjecté de 35 mL correspondant à un débit de 3,2 L/min ;

L'échocardiographie de stress sous dobutamine montre :

- une amélioration de la fraction d'éjection qui passe à 40 % ;
- une amélioration du débit cardiaque qui passe à 4,7 L/min avec un volume systolique éjecté de 50 mL ;
- une augmentation du gradient de pression VG-AO qui passe à 45 mmHg ;
- une surface valvulaire qui reste pratiquement inchangée à 0,73 cm².

Réponse attendue :

ECG, radiographie thoracique, échocardiographie-doppler.

ECG : recherche de signes d'hypertrophie ventriculaire gauche.

Radiographie thoracique : recherche d'un élargissement de la silhouette cardiaque et de signes de poumon cardiaque.

Echocardiographie-doppler : confirmation du rétrécissement aortique par la mesure du gradient de pression ventricule gauche – aorte et la mesure de la surface valvulaire. Analyse de la valve mitrale (recherche systématique d'une valvulopathie mitrale associée) et évaluation de la performance ventriculaire gauche (fraction d'éjection, débit).

QUESTION 4/6 :

Interprétez les deux échographies, quelle est votre conclusion ? Demandez-vous d'autres examens ?

Réponse attendue :

RA serré avec mauvais ventricule gauche sur l'échographie de base.

L'échocardiographie de stress sous dobutamine montre une réserve contractile du ventricule gauche (indicateur pronostique) et confirme la sévérité du RA (surface valvulaire < 1 cm²).

Il faut compléter par une coronarographie préopératoire (patient âgé de 71 ans) dans l'optique d'un remplacement valvulaire chirurgical.

Le reste du bilan préopératoire doit comporter :

- échographie-doppler des troncs supra-aortiques ;
- avis du stomatologiste et panoramique dentaire ;
- bilan biologique de routine (NFS, RAI, groupe, ionogramme : urée, créatinine) sérologies VIH et hépatite C après accord du patient.

QUESTION 5/6 :

Que proposez-vous au patient comme solution thérapeutique ? Justifiez votre attitude thérapeutique.

Réponse attendue :

L'indication opératoire est justifiée compte tenu du mauvais pronostic du patient en l'absence d'intervention (RA serré symptomatique avec signes d'insuffisance cardiaque :

survie moyenne inférieure à 2 ans). Indication légitime de mise en place d'une prothèse biologique du fait de l'âge et de la durabilité de ce type de prothèse qui évite la prescription d'un traitement anticoagulant.

QUESTION 6/6 :

Quelle éducation thérapeutique prévoyez-vous pour le patient et sa famille ?

Réponse attendue :

Education concernant le risque d'endocardite infectieuse. Consultation en cas de fièvre ou frissons, altération de l'état général ou signes cardiovasculaires. Attention aux infections dentaires ou ORL.

Antibioprophylaxie en cas de soins dentaires ou de geste invasif.

Carte de porteur de prothèse valvulaire.

Suivi à 2-3 mois postopératoires pour échocardiographie de référence suivi semestriel ou annuel chez le cardiologue avec échocardiographies régulières.

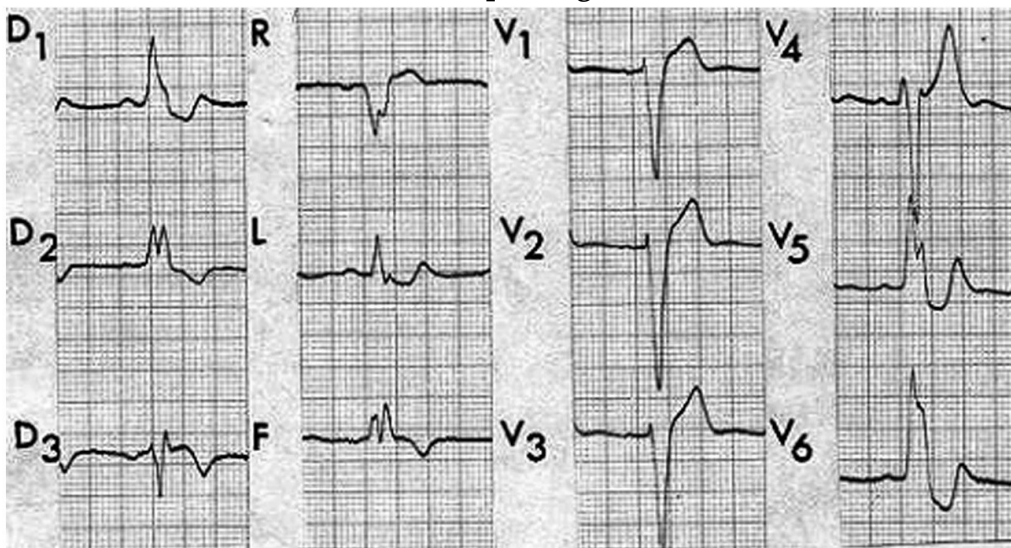
CAS CLINIQUE

Scénario :

Un homme, âgé de 75 ans, est hospitalisé en urgence au décours d'une chute, survenue dans la rue alors qu'il se hâtait pour prendre le bus. Ses antécédents comportent un souffle cardiaque connu, non suivi, une hypercholestérolémie à 2,60 g/L non traitée, une cholécystectomie pour lithiase. À l'admission, le patient est parfaitement conscient et bien orienté. Il est en bon état général et demeure actif pour son âge. Il pèse 80 kg pour 1,70 m. Il a un hématome fessier consécutif à la chute. Il raconte avoir perdu brutalement connaissance à la marche rapide puis de s'être réveillé au sol ; son épouse, témoin de la scène, indique que la perte de contact a duré une minute environ et que son mari était parfaitement orienté à la reprise de conscience.

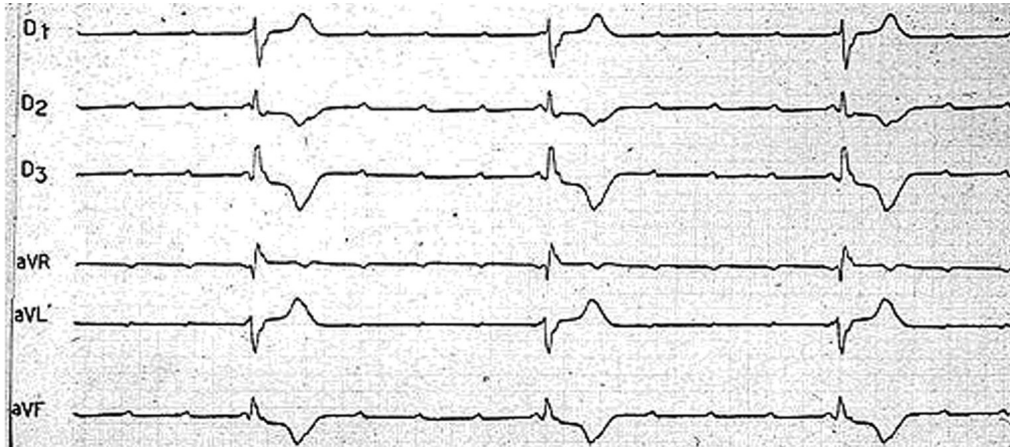
L'auscultation révèle un souffle systolique râpeux, 3/6 à la base, irradiant vers les vaisseaux du cou, suivi d'un souffle protodiastolique 1/6 ; le 2e bruit est aboli. L'examen clinique est sans particularité par ailleurs et il n'existe aucun signe d'insuffisance cardiaque. Les pouls artériels périphériques sont tous perçus sans souffle. La pression artérielle est à 120/90 mmHg la température à 37 °C. Le cliché de thorax montre un cœur de taille normale et une aorte ascendante dilatée et calcifiée. Le bilan biologique est sans particularité. L'ECG est le suivant :

Cas clinique : Figure 1



Le patient est hospitalisé en soins intensifs et surveillé sous scope. Quelques heures après son admission, le tracé suivant est enregistré :

Cas clinique : Figure 2



QUESTION 1/10 :

Caractérissez le « malaise »

Réponse attendue :

Syncope car perte de connaissance brève, sans prodromes, à l'effort, avec perte du tonus postural et de récupération spontanée devant témoin.

QUESTION 2/10 :

Interprétez le premier ECG

Réponse attendue :

Rythme sinusal, PR normal, bloc de branche gauche complet (BBG).

QUESTION 3/10 :

Quelle anomalie apparaît sur le second ECG comparé au premier ?

Réponse attendue :

Bloc auriculoventriculaire (BAV) complet paroxystique.

Fréquence atriale normale, mais ondes P non conduites aux ventricules, notez que les QRS se décalent progressivement par rapport aux ondes P.

Rythme d'échappement ventriculaire très lent à complexes QRS larges, différents des QRS conduits du premier ECG.

Donc, BAV complet (ou bloc de haut degré compte tenu de sa brièveté) infra-hisien.

QUESTION 4/10 :

Donnez les deux étiologies possibles pour le « malaise » de ce patient

Réponse attendue :

Deux étiologies :

- syncope d'effort et auscultation évocatrice de rétrécissement aortique (RA) chez un homme de 75 ans : diagnostic probable de RA serré, syncopal ;
- BBG à l'état basal et BAV complet paroxystique documenté : possible syncope liée au BAV.

QUESTION 5/10 :

Quel est le mécanisme physiopathologique qui pourrait lier ces deux étiologies ?

Réponse attendue :

Coulées calcaires vers le septum membraneux et le faisceau de His par extension des calcifications valvulaires aortiques présentes sur l'anneau chez ce patient atteint de RA du sujet âgé (ou maladie de Mönckeberg).

Notez qu'il n'y a pas d'argument en faveur d'une endocardite bactérienne.

QUESTION 6/10 :

Quel est le seul examen complémentaire qui confirmera votre diagnostic auscultatoire ?

Quels en seront, a priori, les résultats ?

Réponse attendue :

Un échocardiogramme-doppler qui permet de :

- confirmer le diagnostic de RA (valves aortiques remaniées, calcifiées, s'ouvrant peu ; orifice bi- ou tricuspide ; HVG fréquente) ;
- quantifier la sévérité du RA : mesure des gradients transvalvulaires aortiques au doppler continu et détermination de la surface valvulaire aortique en écho-doppler.

Un RA est considéré comme serré lorsque le gradient moyen dépasse 40 à 50 mmHg, ou que la surface valvulaire aortique est inférieure à 1 cm², ou mieux à 0,60 cm²/m² de surface corporelle ;

- en préciser le retentissement : cinétique VG notamment ; pressions droites ;
- préciser l'existence de lésions associées, notamment d'une insuffisance mitrale, d'une dilatation de l'aorte ascendante ;
- en déterminer éventuellement l'étiologie (orifice bi- ou tricuspide, importance des calcifications).

QUESTION 7/10 :

Quel examen paraclinique supplémentaire envisagez-vous pour expliquer l'anomalie mise en évidence sur le second ECG ?

Réponse attendue :

Aucun autre examen n'est nécessaire pour confirmer le trouble de conduction, qui est suffisamment documenté.

QUESTION 8/10 :

Quels traitements envisagez-vous ?

Réponse attendue :

1. Remplacement valvulaire aortique (RVA) si le caractère serré du RA se trouve confirmé (RA serré symptomatique), après s'être assuré de l'opérabilité du patient. Compte tenu de l'âge du patient, une prothèse biologique lui est proposée, de préférence à une valve mécanique (pas de nécessité de traitement anticoagulant si le rythme est sinusal, mais durabilité moindre, donc à n'implanter qu'au-delà de 75 ans environ).
2. Implantation d'un pacemaker définitif double chambre dans tous les cas, avec ou sans RVA (et que le patient soit ou non opérable de son RA).

QUESTION 9/10 :

Quel bilan préthérapeutique complémentaire ferez-vous ?

Réponse attendue :

Bilan préopératoire avant RVA, avec :

- coronarographie (fréquence des lésions coronaires associées, qui peuvent nécessiter des pontages) : la réalisation de pontages en plus du RVA aggrave nettement la mortalité postopératoire) ;
- appréciation des grandes fonctions vitales : bilan rénal et respiratoire (une insuffisance rénale aggrave la mortalité postopératoire) ;
- écho-doppler artériel des vaisseaux du cou et des membres inférieurs ;
- appréciation de l'âge physiologique du patient, plus important que son âge réel, de son état mental, de « l'élan vital », de sa motivation pour l'intervention... ;
- recherche et traitement des foyers infectieux, notamment ORL et dentaires ;
- appréciation au mieux du risque opératoire global par l'Euroscore.

QUESTION 10/10 :

Quel suivi préconiserez-vous ultérieurement ?

Réponse attendue :

1. Suivi de la prothèse valvulaire :

Séjour de réadaptation à l'effort de 3 à 4 semaines au décours de l'hospitalisation.

Suivi régulier, mensuel par le médecin traitant, et 1 à 2 fois par an par le cardiologue.

Le suivi est clinique, échocardiographique et biologique :

- suivi clinique : vérifier l'absence de récurrence des symptômes, l'absence d'insuffisance cardiaque, l'auscultation de la prothèse (normale en cas de bioprothèse ; bruits métalliques de prothèse si valve mécanique ; absence de souffle de régurgitation), l'absence de foyer infectieux (car le porteur de prothèse est à risque majeur d'endocardite infectieuse, quel que soit le type de prothèse) ;
- suivi échocardiographique : c'est l'examen du 3e mois postopératoire qui sert d'examen de référence, le patient devant toujours être son propre témoin. Ensuite, une échographie transthoracique est préconisée tous les 2 ans ; les examens sont ensuite rapprochés, tous les 6 mois environ, lorsque la bioprothèse atteint 7 ans en raison du risque de dégénérescence ;
- suivi biologique : en cas de bioprothèse et en l'absence d'autre indication d'anticoagulant, le traitement par antivitamine K est limité à 3 mois. Au début du traitement, les contrôles biologiques sont effectués aussi souvent que cela est nécessaire pour équilibrer l'INR. Lorsque l'équilibre est obtenu, un contrôle mensuel est préconisé.

2. Suivi du stimulateur cardiaque :

- le premier contrôle du pacemaker doit être effectué le lendemain de l'implantation ou tout au moins avant la sortie de l'hôpital ;
- le contrôle ultérieur est fait environ 1 mois après l'implantation par le cardiologue, puis tous les 6 mois (ou au moins une fois par an) ;
- les stimulateurs actuels (boîtiers) ont une durée de vie de 7 à 10 ans, au-delà de quoi le boîtier doit être remplacé.