

Rétrecissement aortique

Définition

• le RAO est défini par la \downarrow de surface de la valve aortique entraînant un obstacle à l'éjection systolique

• problème anatomique \rightarrow prob fonctionnel hémodynamique

• \downarrow FE

• fct de la valve : éviter une régurgitat° • fct orifice : assurer le passage du sg

• surface aortique normale : 3-4 cm²

• \downarrow progressive de la surf \rightarrow phénomène d'adaptat°

Physiopathologie

① conséq en amont

• \uparrow pression intrav \rightarrow \uparrow postcharge (Forces qui s'oppose à l'éjection)

- selon loi de la plaque : Contrainte pariétale (Cp) = pression appliquée sur la pari-

ventriculaire : $C_p = \frac{P_{intrav} \times rayon}{\text{épaisseur}}$

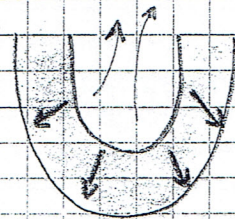
\uparrow ép = HVG = \uparrow masse ventriculaire

HVG par épaisse \rightarrow concentrique
" " Dilatat° \rightarrow excentrique

• \uparrow postcharge \rightarrow il faut \uparrow travail pr éjecter le max du sg vers les organes

• phénomène d'adaptation :

- \uparrow du temps d'éjection systolique
- Hypertrophie (d'abord concentrique)
- \uparrow FE relative



pr chasser le sg
 \rightarrow \uparrow FE

• retentissement ventriculaire à long terme : dysfonct ventri par \downarrow contractilité

\rightarrow \downarrow performance syst :

• discordance entre postcharge $\uparrow\uparrow$ et le travail du VG $\downarrow\downarrow$

• ischémie myocardique : discordance entre apports \downarrow et besoins \uparrow

\uparrow besoins : HVG - \uparrow CP - \uparrow postch

\downarrow apports : \downarrow surface valv - lésion coronaire obstruée - écrasement de

l'a. coronaire par HVG

→ performance diastolique

- relâchement : capacité du VA de reprendre sa f. initiale après syst
- compliance // du cavité à \uparrow son vol en réponse à une \uparrow du vol du contenu en par HVA

② conseil en avc

• pincement de la différentielle

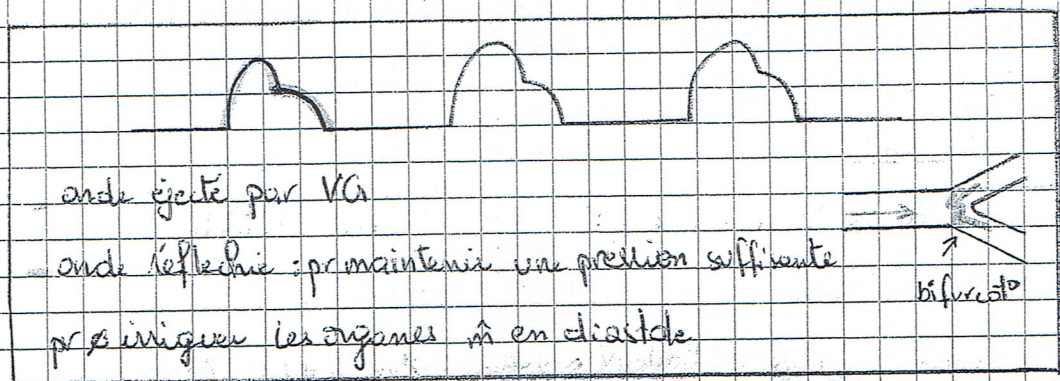
PAS/PAD

→ PAM

(\uparrow PP prise) : donne des infos sur rigidité artérielle

rigidité artérielle

performance ventric (FE)



• inadaptat° du débit à l'effort : incapacité du cœur \uparrow le Q pour compenser l' \uparrow des besoins \Rightarrow apparit° des signes à l'effort

• angor d'effort

• syncope // : par \downarrow Q cérébral ou vasod périph

• trb du rythme : au cours du RAC ou Fibrose intracardiac

• // de conduction

• dyspnée d'effort : par \uparrow P en amont du VA défaillant

Etiologie

- RAA dégénératif : vieillissement de la valve + calcifiat° → sclérose
- Bicuspide congénitale : entraîne une sténose valvulaire
- RA calcifié = Rcc calcifié

! RAA : H inflamm touche surtout la VM parfois VAO

→ rétract° valvulaire + fusion des commissures

Clinique

① S.fct - dyspnée ép de vie : 2 ans

- Syncope : < 3 ans

- angor : 5 ans

- OAP : 6 mois

- mortalité moy globale RAO + symptôme : 7%

- " " per opératoire : 1 - 2%

- " " RAO sans symptômes : 0,1 - 0,5%

② S. physique

- palpat° : Frémis sur sternal en faveur de RAO avec

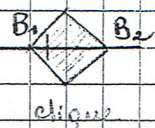
choc de pté en faveur d'une dilatation du VG embolici

- auscultation

• souffle systolique : par turbulence du flux d'éjection

murle rapéux entre B₁ - B₂, lasanguine

irradiant vers les Vx du coe, parfois bord G du sternum



• bruits : clic après B₁ due à la souplesse de la valve rétrécit donc absent en cas RAO chroniq

• dédoublement de B₂ : ↑ temps d'éject° du VG = décalage entre B₂ pulm B₂ aort

• ou absence de B₂ : RAO serré ++

- en cas RAO le ventricule gauche souffre métrasytol \rightarrow déplacement de la pointe vers la fin de la systole



- Signes en faveur d'une IC
 - B_2 : très de complaisance
 - B_1 : " " relaxation

- Signes périphériques : pincement de la diastole

Exam paraclinique

ECG montre :

- HVG syst : + très de repolarisation
 - " diast : sans + +
 - électrique
 - ou
 - HVG concentrique
 - HVG excentrique
 - écho
- HTA
RAO
cardiomyopathie obstructive

radio thx montre :

- calcifié
- cœur sphérique
- dilatation de l'aorte initiale +/- dilatation du VG ou OC
- retardement sur la circulation pulmonaire

Echo

- exam clé, permet le dg +, dg -, méc, etio, quantif, retenti, lésions sévères
- signes de gravité
- Mankberg \rightarrow BA calcifié : calcification de la valve, anneau, peuvent s'étendre vers le septum (très de conduction)
- RAO peu sévère $> 1.5 \text{ cm}^2$ moy sévère $> 1.5 \text{ cm}^2$ sévère $> 1 \text{ cm}^2$
- on évalue le RAO selon le grade (sur la paroi ++)

Rac serré : association de 5 paramètres

- surface valvulaire aortique $< 1 \text{ cm}^2$
- " " indexée $< 0.6 \text{ cm}^2/\text{m}^2$
- Gradient moy VCI aorte $> 40 \text{ mmHg}$
- $V_{\text{max}} > 4 \text{ m/s}$
- indexe de perméabilité $< 25\%$ (1/4)

! poly valvulopathie
→ AAA +++

dg ⊗

- IM souffe systolique
- Cardiomyopathie hypertrophique
- CIV
- sténose sous valvulaire et supra valvulaire
- Retreiss pulm

- signes de gravité → FDR

calcificat^o

dysf VCI → FE - HVC ↑

évolut^o de la tps $> 3 \text{ m/s}$
rapide

$V_{\text{max}} > 5.5 \text{ m/s}$

↑ gradient moy $> 20 \text{ mmHg}$ à l'effort

Coronarographie

elle est systématique en préopératoire en cas de

- existence d'un angor (50% de lésions coronaires associées)
- suspicion d'une cardiopathie ischémique sous-jacente
- $> 70 \text{ ans}$ d'âge et de ménopausé (le plus svt le cas de Rac dégénératif)
- présence ou moins 1 FDR CV
- dysfct VCI systolique

indicat^o de la prothèse mécanique et biologique

Traitement

- RAO corrigé : surveillance 6 mois - écho 1 an
- RAO sévère : éviter les efforts intenses (épreuve d'effort CI, indiquée en cas RAO asympt pr chercher une forme asymptomatique), régime pauvre en
- IEC ou diurétiques en cas IC avec précaution suivi régulier ORB et Stoma logi
- tct des fact de risques, maintenir le ryth sinusol en cas de FA
- ATB prophylaxie : en la cardiopath gIPA au soin dentaire si
 - ATCD endocardite
 - prothèse valvulaire
 - cardiopath cytogénine congénitale
- sinon → remplacement valvulaire

