

RAO

Déf. : c'est la réduction de la surface aortique réalisant un obstacle à l'éjection du VG.

- * c'est la valvulopathie la plus fréquente pour les sujets âgés.
- * surface aortique normale = 3 à 4 cm², et y a 3 cuspidés séparés de commissures.
- * on parle de RAO **sené** à partir de 1 cm².
- * on crée un gradient systolique entre VG et l'aorte.

Etiologies : y a 3 principales étiologies : ⚠

- RAO dégénératif calcifié "Maladie de Hönckeberg" : le plus fréquent
- Bicuspédie Aortique congénitale.
- RAA : touche les commissures ≠ au RAO dégénératif qui est des calcifications au niveau des valves. ! (sur echo).

* autres causes : I. Rénale. C - Maladie de Paget - ~~R~~ EI - RAO congénitale

Physiopathologie :

- * surcharge de pression "Barométrique" (non volumétrique).
- * Adaptation du VG par ↑ de la durée et de la force d'éjection puis par hypertrophie concentrique du VG.
- * pression aortique normale, avec pincement de la différentielle + IAO
- * f° systolique du VG va s'adapter mais à un moment elle va s'épuiser et y aura chute de la fraction d'éjection.
- * f° diastolique est altéré précocement (↑ p° télédiastolique → dilatation OG → TPA Pulmonaire → **dyspnée précoce** → car y a un problème de remplissage de VG → activation de foyers ectopiques par la dilatation de OG → ACFA → aggravation des symptômes) ⚠ c'est l'explication de la dyspnée

* la DR thoracique "l'angor" ou l'ischémie myocardique est expliquée par un déséquilibre entre les apports et les besoins, → hypertrophie importante → besoins ↑ et apports ↓
à l'effort (m en dehors de lésion coronarienne) limit

* On aura un souffle systolique bien entendu au foyer aortique, l'irradiation suit le sens du sg vers les fa du cœur en "écharpe"

* diminution du débit cardiaque à l'effort → syncope d'effort
et ↓ débit cérébral

* en aval dilatation de l'aorte ascendante à cause du jet parfois ya m des lésions par la fragilité de l'aorte.

* parfois ya une atteinte du fa de His par dégénérescent ou par calcification → BAV complet → peut aussi expliquer la syncope

Symptomatologie: c une symptomatologie d'effort

→ dyspnée

→ angor

→ syncope.

Etude Clinique du RAO valvulaire pur sené:

* de RAO m s'il est sené il est pendant longtemps asymptomatique

* la dyspnée traduit l'insuffisance VG au début elle est diastolique puis devient systolique (dyspnée au repos qui est grave)

* l'angor est présent ds 50% des cas, il est tjs d'effort sauf en cas de pathologie associée.

* syncope d'effort tjs

* parfois le RAO est révélé par une complication: Embolie calcique, IDM, SUG, BAV, ES

* d'intensité du souffle elle disparaît après

d'intensité du souffle n'est pas conelée à sa sévérité

* Palpation: frémissement (sensat° tactile du souffle) systolique 2EIC

* Auscultat°: - poul faible ≠ IAO poul ample

- pincement de la différentielle ≠ IAO

- elle se fait en foyer aortique, assit penché en avant à la fin d'expirat° forcée.

- c un souffle systolique d'éjection d'étaché de B₁, il est max en méso systolique, débute après B₁ et se termine avant B₂, rade et râpeux

il est max en 2EICD, inadié vert les va du cou en écharpe.

RAO sévé = * durée max longue et tardive du souffle d'eject°



* Abolition du B₂ (ou diminution)

⇒ ce sont des signes de sévérité

* ECG: HVG systolique (c un signe de gravité) ≠ IAO HVG Dia

- indice Sokolow > 35

- grande onde R en V₅, V₆.

- T négatif en V₅, V₆

ECG peut être normal

* avant de dire HVG faut voir la repolarisation T en V₅, V₆

si il est (-) c une HVG systolique

* si ds un cas clique on aura: souffle tardif, HVG ...

! on note l'HVG avec des signes de sévérité comme le souffle tardif

* TT: * volume cardiaque normal \rightarrow pas de cardiomégalie.

* cœur globuleux

* on peut voir des calcifications valvulaires.

! * Echo Doppler cardiaque: c l'examen qui confirme le RAO (D₂)
gradient moy entre VG et Aorte > 40 (pas 50!)

* on parle de RAO sévère à partir d'un gradient moy > 40

FE = 60% (fract° d'Eject°)

FR (fraction raccourcissement) = 25%

} ps un bon fonctionnement d'un Ventricle

* si j'ai ++ valvulopathies \rightarrow ça oriente vers RAA.

* cathétérisme et coronarographie: exam invasif, pas tjs
nécessaire, permet de calculer les gradients, et les pressions
hémodynamiques (pression invasive)

les indications: * pré-opératoire: ps voir l'état des coronaires
obligé
surtout chez les patients avec ASCD coronaropathie ou
suspect d'une coronaropathie, facteur de risque

\rightarrow on l'a fait ps voir path coronarienne et opérer une
fois ps lte ps la chirurgie cardiaque a un risque \uparrow .

* si l'écho n'est pas suffisante ou y a un discordance.

* BNP \uparrow $>$ à 3x la normale ds IC et ds RAO sévère
asymptomatique (si BNP \downarrow \rightarrow pneumo).

* d'épreuve d'effort est contre indiquée chez RAO symptomatique

* le passage d'asymptomatique au RAO symptomatique est une
tournure grave avec un pronostic vital (une durée de survie)

* Bilan pré-opératoire pr une chirurgie cardiaque : ⚠

- ! → Coronarographie
- Echo doppler des troncs sup-aortique.
- EFR
- biologie complète : électrolytes, coagulation, f° rénale, VS, FNS.

* TRT médical : anti ischémiq ou pr IC.

* TRT Chirurgical :

→ remplacement valvulaire :

- * prothèse mécanique : le + sautent, nécessite TRT AVR à vie
- * bioprothèse : chez sujet âgé, avantage pas d'anti coagulant l'inconvénient elle dégénère après 10 ans

* TRT TAVI : remplacement valvulaire per-cutané aortique uniquement pr patient symptomatique, et pr si s'opère chirurgie et s'il a espérance de vie > 1 an, > 70a
pas AVR à vie. comorbidité associé.

* des indications opératoire pr la chirurgie : CI : choc vasculaire non favorab

→ on opère les patients symptomatiques.

→ les patients asymptomatiques si :

* ils ont un RAD sévé avec une FE VG < 50% sans autre cause.

* ils ont RAD sévé avec epreuve d'effort avec symptôme

* u u u u u u u u ↓ f° artérielle

* u u u u très sévère avec vitesse > 5,5 m/s (gradient moy > 70 ≈)

* calcification sévère avec ↑ de surface 0,3 mm/an

* BNP > à 3x la normale sans autre explication

* HTAP grave confirmée par methode invasive
... programmée pr autre chirurgie en fait

