

INSUFFISANCE AORTIQUE

I- Définition : Est caractérisé par le reflux **diastolique** de sang de l'aorte vers le ventricule gauche (VG), par perte de l'étanchéité des sigmoïdes aortiques.

II. ETIOLOGIE :

1. **RAA** : le plus fréquent dans notre pays
2. **Endocardite infectieuse** : est à l'origine insuffisance aortique (I AO) le souvent aigu.
3. **Dystrophie de l'aorte ascendante** : peut-être idiopathique ou être secondaire à un syndrome de MARFANT, l'insuffisance aortique (IAO) est due à une dilatation de l'anneau.
4. **Dissection aortique** : IAO est dû une dilatation de l'anneau ou une éversion de sigmoïde aortique
5. **Autres** :
 - Bicuspide aortique
 - Communication inter ventriculaire (CIV) haute (syndrome de Lambry- Pezzi)
 - Rétrécissement sous valvulaire aortique
 - Traumatique
 - Toutes les aortites : SPA, Syphilis

III. PHYSIOPATHOLOGIE :

Le reflux de sang de l'aorte vers VG en diastole va entraîner :

En amont : VG se dilate à fin de contenir le sur flux de sang et d'augmenté la contraction cardiaque à la systole suivante, ainsi que le débit cardiaque sera maintenue grâce à l'éjection ventriculaire. A la longue le VG dilaté va s'épuisée et entraîne l'apparition d'une stase qui va majorer sa dilatation et qui va aboutir à l'augmentation de la pression télé diastolique du VG, puis retentissement sur la circulation pulmonaire

En aval : la régurgitation va entraîner une baisse de la pression artérielle diastolique et une augmentation de la pression artérielle systolique par l'augmentation de la quantité de sang éjecté, d'où élargissement de la différentiel.

L'augmentation de débit sanguin traverse l'orifice aortique de surface normal explique le souffle systolique d'accompagnement. Les besoins myocarde en O₂ sont augmentés par augmentation de la force contractile, mais la circulation coronaire est limitée du faite de l'hypo pression aortique diastolique et de la dilatation VG rendant la perfusion des coronaires difficile ce qui explique l'angor.

IV. SIGNES CLINIQUES :

1. **Signes fonctionnels** :

L'I AO peut rester *asymptomatique* pendant longtemps, et fini par donner une *dyspnée d'effort* d'aggravation progressive, des *palpitations*, *angor d'effort* ou *spontané* et exceptionnellement des *lipothymies*.

2. **Signes physiques** :

Palpation : en cas I AO importante le choc de pointe est abaissé en bas et en dehors, il est violent brusque durcissement sur la main en dôme de bard.

Auscultation : **souffle diastolique** perçue en **foyer aortique**, mieux en bord gauche du sternum : **doux, humé, aspiratif, holo diastolique**, avec un maximum de proto diastolique, et va decrescendo pour se terminer avant le B₁.

- ✓ L'importance de la régurgitation est corrélée à la durée du souffle et non à son intensité.
- ✓ Certain signes accompagnent une IAO importante :
 - Souffle systolique d'accompagnement perçu au foyer aortique et irradiation au niveau du cou
 - Roulement pré systolique de flint dans la genèse est lié à la turbulence créée par l'importance de jet régurgitant sur la glande valve mitral.

3. Signes périphériques :

- Élargissement de la différentielle :

Fuite importante, lorsque la pression diastolique est <50 mmhg, et la pression systolique > 3 fois la pression diastolique.

- Hyper pulsatilité artériel :

Pouls périphérique ample et bondissant : pouls de corrigan

Signes du MUSSER : la tête et le cou rythmé par la secousse synchronisée de pouls

Hippucepupière de l'ANDOLFI : alternance de myosis et mydriase synchronisée de pouls

Pouls capillaire de QUINCKE : alternance de rougeur et de pâleur synchronisée de pouls sur un angle légèrement pressé

Double souffle de DUROZIEZ : perçue à l'auscultation des artères fémorales

V. SIGNES électro-ECG :

Le tracé peut être normal (IA minime).

On retrouve habituellement des signes d'hypertrophie ventriculaire gauche du type diastolique :

- indice de Sokolow supérieur à 35 mm ;
- grandes ondes R en V5, V6 ;
- onde T ample et positive en V5, V6 ;
- rotation axiale gauche.

Enfin, l'apparition de troubles de conduction (BAV 1°, BBG) et d'une HVG systolique (Tnégative en V5 V6) témoigne d'une IA très évoluée.

VI. SIGNES radiologiques :

Augmentation du rapport cardio-thoracique de face, avec arc inférieur gauche allongé, convexe, et pointe plongeante sous-diaphragmatique = dilatation VG ,

Débord de l'arc supérieur droite = dilatation de l'aorte ascendante.

VI. TRAITEMENT :

1. Médical :

Prophylaxie secondaire RAA en cas d'étiologie rhumatismal

Prophylaxie de l'endocardite infectieuse

Traitement de l'insuffisance cardiaque

2. Chirurgical :

Remplacement valvulaire aortique par prothèse mécanique caractéristique par durabilité ou bio prothèse.

Référence :

- Livre Précis de Sémiologie
- EMC de Cardiologie