

## RETRECISSEMENT MITRALE (RM)

### I- Définition :

Le RM est un obstacle permanent au remplissage DISTOLIQUE du VG par réduction de l'orifice mitral qui devient  $< 2.5 \text{ cm}^2$  (valeur normal =  $4.6 \text{ cm}^2$ )

### II. ETIOLOGIE :

Il est habituellement AQUIS et presque toujours d'origine *Rhumatismal*, il touche essentiellement l'ADOLESCENT et ADULTE JEUNE avec prédominance nette *Féminine*

### II. PHYSIOPATHOLOGIE :

Le RM survient lorsque la structure est  $< 2 \text{ cm}^2$  et s'aggrave avec celle-ci se transmet :  
En amant : l'hyper pression de l'oreillette gauche en avant entraîne une augmentation de la pression capillaire pulmonaire qui lorsque elle devient  $>$  à la pression artérielle pulmonaire s'augmente modérément car les résistance pulmonaire sont normales et ce gradient artériolo-capillaire est  $< 15 \text{ mmhg}$

Cette hypertension artérielle pulmonaire lie au seul barrage mitral, est dite *passive* ou *post pulmonaire*

A la longue l'aggravation HTAP avec amputation circulatoire et ventilatoire va entraîner des altérations de la paroi artérielle aboutissant à une élévation des résistances artérielles pulmonaires, c'est ainsi que le 2<sup>ème</sup> barrage se crée en amant de la sténose mitral

Cette HTAP est importante elle s'accompagne d'un gradient artériolo-capillaire  $> 15 \text{ mmhg}$  elle est dite *active* ou *pré capillaire*, elle protège le poumon contre les hyperpressions capillaires pulmonaire génératrice d'œdème alvéolaire capillaire, mais aggrave la *surcharge ventriculaire droite* aboutissant à un stade tardif à un véritable tableau *d'insuffisance cardiaque droite*

En aval : le retentissement est peu marqué, le débit cardiaque est maintenu normal pendant longtemps, grâce à l'augmentation de la contraction auriculaire, puis à la longue finie par ne pas augmenter à l'effort

La survenue d'une fibrillation auriculaire accentue la mauvaise vidange de l'oreillette gauche et constitue un facteur de décompensation. (Le VG reste petit, normal)

### III. SIGNES CLINIQUES :

1. Signes fonctionnels : RM est latent pendant longtemps, et fini par une dyspnée d'effort, puis de repos, et des palpitations

2. Signes physiques :

- Palpation :
  - frémissement cataire diastolique de pointe en décubitus latérale gauche
  - Harzer + dans les forme évoluée
- Auscultation : sur un patient en décubitus dorsal, puis en décubitus latéral gauche en inspiration forcée.

On recherche les 03 éléments de la Triade de DUROZIEZ :

- éclat de B1 : traduit l'induration des valves, diminuées, lorsque les valves sont rigides et calcifiées
- claquement d'ouverture mitral : bruit sec et claquée, perçue après le B2 en dedans de la pointe, bruit proto diastolique

- roulement diastolique : perçue à la pointe irradiant vers les aisselles, il est gradient, holo diastolique avec un maximum de proto diastolique, il décroît en méso diastolique et subit un renforcement pré systolique, disparaît en ACFA

L'importance d'une sténose est mieux corrélée à la durée de roulement qu'à son intensité  
L'auscultation recherche un souffle d'insuffisance tricuspide fonctionnel ou organique

#### **IV. SIGNES RADIOLOGIQUES :**

Sur radio de **FACE** :

- Aspect de silhouette mitrale triangulaire avec un débord de l'arc inférieur droit avec aspect en double contour

Arc moyen gauche allongé rectiligne, ou en double bosse

Arc inférieur gauche normal

- Cependant en cas de dilatation de VD = pointe allongée et surélevée

- L'analyse de parenchyme pulmonaire = branches artérielles pulmonaires dilatées, et opaques, avec un flou hilair de l'œdème alvéolaire

#### **E C G :**

En rythme sinusal:

HAG → à un stade très tardif les signes HVD → ACFA est plus fréquent

#### **Référence :**

- Livre Précis de Sémiologie
- EMC de Cardiologie