

L'IMAGE DU MOIS

SAM après réparation de la valvule mitrale

M.A. RADERMECKER (1), F. WARZÉE (2), A. KERZMANN (1), L. HENRARD (3), J.L. CANIVET (4), R. LIMET (1)

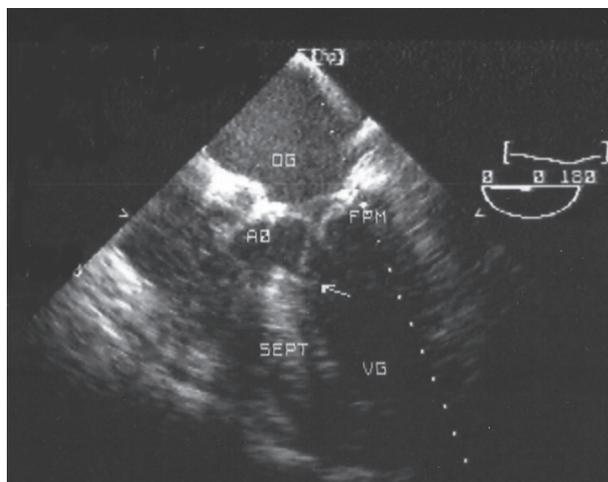


Figure 1 : Coupe échographique para-sagittale 5 cavités. Le feuillet mitral antérieur est poussé contre le septum (sept) en systole. Ce faisant, il crée un obstacle à l'éjection en dessous de la valvule aortique (AO). Son déplacement antérieur empêche la coaptation des deux feuillets mitraux, avec démonstration d'une solution de continuité entre le ventricule gauche (VG) et l'oreillette gauche (OG), responsable d'une insuffisance mitrale.

Un patient de 52 ans est opéré de plastie mitrale pour une insuffisance mitrale (IM) dégénérative par prolapsus du feuillet postérieur. Sous circulation extra-corporelle, l'intervention consiste, en une résection du segment malade (partie de P2 et segment adjacent de P3), avec glissement des reliquats de la valve postérieure.

Après la mise en place d'un anneau 32, le test peropératoire d'étanchéité est correct. Dès le déclampage aortique, les premières images échographiques montrent une valvule parfaitement compétente. Assez rapidement toutefois, nous observons, un déplacement systolique du feuillet antérieur vers la chambre de chasse avec obstacle sous-valvulaire et développement d'une IM importante (Fig. 1). Malgré l'adaptation de la pré-charge et l'élévation pharmacologique de la post-charge, il n'y aura pas de disparition du SAM (Systolic anterior motion) et nous décidons, dès lors, de remplacer la valvule par une prothèse mécanique en conservant l'appareil sous-valvulaire. Les suites opératoires ultérieures seront simples.

L'obstruction sous-valvulaire après chirurgie de la valvule mitrale est une complication reconnue rapportée avec une incidence de 6% (1, 2). Le SAM entraîne une gêne à la vidange du ventricule gauche et, dans les formes les plus graves, il ne permet pas le sevrage de la circulation extra-corporelle. Dans les grandes lignes, cette obstruction sous-valvulaire aortique dynamique résulte de l'interférence des compartiments de remplissage et d'éjection du ventricule gauche. L'appareil sous-valvulaire est déplacé vers la chambre de chasse du ventricule et est projeté vers le septum lors de l'éjection ventriculaire. L'obstruction sous-valvulaire est donc réelle et le contact entre le feuillet mitral antérieur et le septum crée, par manque de coaptation, une insuffisance mitrale souvent sévère (1, 3). Cette situation peut être donc favorisée par une modification de la conformation du VG induite par la chirurgie (fermeture de l'angle mitro-aortique) ou par un excès de tissu sur les valves antérieures et surtout postérieures (3). Des facteurs circonstanciels telles qu'une hypovolémie ou une post-charge basse amplifient le processus. Dans le cas présent, la sévérité de la dysfonction et l'absence de facteurs potentiellement corrigibles ont indiqué le remplacement pur et simple de la valvule.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mihaileanu S, Marino T, Chauvaud S, et al.— Left ventricular outflow obstruction after atrial valve repair (Carpentier's technique) : proposed mechanism of disease. *Circulation*, 1988, **73**, 78-84.
2. Grossi EA, Galloway AC, Parish MA.— Experience with twenty-eight cases of systolic anterior motion after mitral valve reconstruction by the Carpentier technique. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 1992, **103**, 466-470.
3. Jebara VA, Mihailenu S, Acar C, et al.— Left ventricular outflow tract obstruction after mitral valve repair. Results of the sliding leaflet technique. *Circulation*, 1993, **88**, 30-34.

(1) Service de Chirurgie Cardio-vasculaire,
(4) Service des Soins Intensifs Généraux, CHU Sart Tilman, Liège.
(2) Etudiant en médecine, ULg.
(3) Service de Cardiologie, CHBA, Liège.