

## Le rétrécissement mitral :

La toute première intervention chirurgicale valvulaire date de 1948 et a porté sur une valvule mitrale remaniée par une atteinte rhumatismale (rétrécissement mitral par suture commissurale) et a consisté en une « commissurotomie » au doigt à cœur battant (cf. Kalon N°68). Cette intervention simple, dite à « cœur fermé » car réalisée à l'aveugle sans exposition des lésions, a rendu bien des services et a été longtemps pratiquée. Elle ne pouvait, toutefois, être proposée en cas de lésions trop évoluées (calcifications, fusions de cordages), le geste étant alors insuffisant voire dangereux. La mise au

nique chez un patient jeune (K 69), une prothèse biologique (K 70) chez un patient âgé.

## L'insuffisance mitrale :

Défaut d'étanchéité de la valvule conduisant à une dilatation des cavités gauches et finalement, lorsqu'elle est volumineuse, à une défaillance ventriculaire gauche. Ce défaut doit être corrigé avant que la défaillance ven-

trriculaire soit irréversible. Certains critères échographiques : (dimensions du VG, fraction

# La chirurgie de la valvule mitrale

d'éjection...) aident à la décision chez des patients pas toujours très symptomatiques.

La valvule peut être remplacée par une prothèse mécanique ou biologique mais il est préférable (ce n'est pas toujours possible...)

La valvule mitrale (K 60) peut, nous l'avons vu, se détériorer pour diverses raisons (toxiques - cf. Kalon N° 64 - inflammatoires ou infectieuses - K 65 - dégénératives - K 66 - sans oublier les troubles fonctionnels liés à une pathologie du ventricule gauche sans atteinte valvulaire proprement dite - K 63). Les lésions peuvent toucher tous les éléments de l'appareil valvulaire (**l'anneau**, qui peut se dilater et se calcifier, **les feuillets** qui peuvent s'épaissir, se calcifier, **les commissures** qui peuvent se souder, **les cordages** qui peuvent d'étirer ou se rompre et même **les piliers** en cas de pathologie ischémique). Ces anomalies peuvent avoir pour conséquence (K 67) un dysfonctionnement valvaire à type de rétrécissement (« R.M. » notamment après un rhumatisme articulaire aigu - K 65) ou d'insuffisance (« I.M. » notamment en cas de dégénérescence myxoïde - K 66), les deux pouvant être associés. Ces troubles peuvent être longtemps bien tolérés mais ils finissent par retentir sur les cavités cardiaques et devenir symptomatiques nécessitant un geste chirurgical pour lever l'obstacle (R.M.) ou corriger la fuite (I.M.).

point de la circulation extra corporelle (K 68), en autorisant les interventions « à cœur ouvert » a résolu le problème, l'ensemble des lésions valvulaires devenant accessible au chirurgien à même, de ce fait, de lever plus complètement l'obstacle mitral.

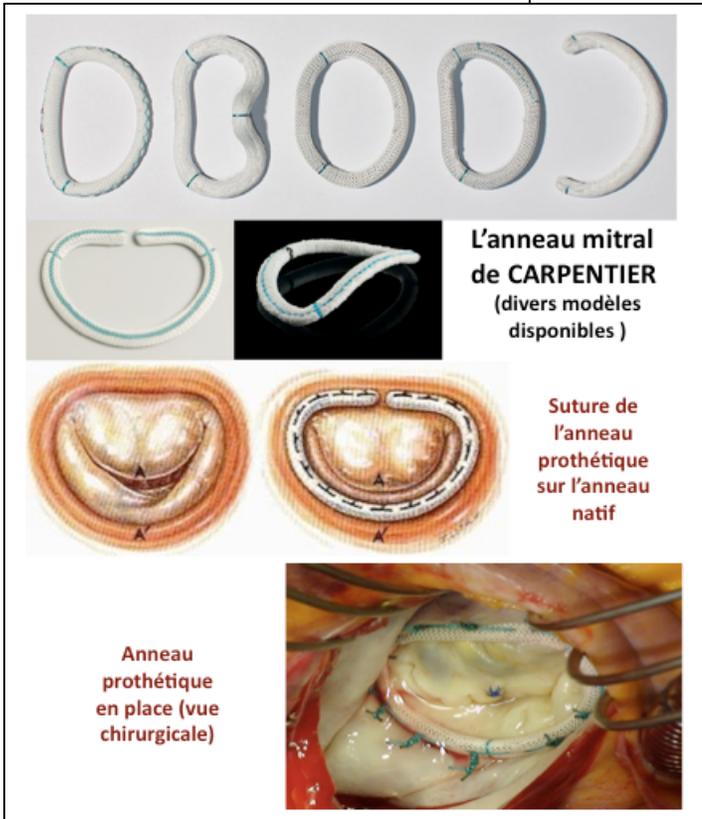
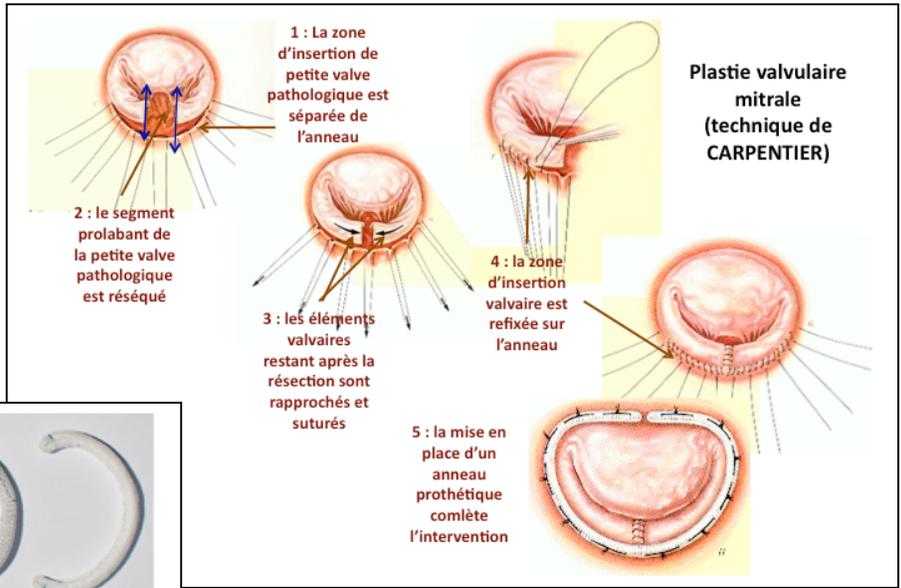
En cas d'atteinte valvulaire trop sévère (importantes calcifications, remaniement très important des cordages, fuite significative associée), un remplacement valvulaire doit être réalisé la valvule ne pouvant être « réparée ». On choisira une prothèse méca-

de la « réparer » (plastie mitrale) car remplacer la valvule malade par une prothèse implique la perte de l'appareil sous valvulaire (cordages, piliers) qui joue un rôle non négligeable dans la cinétique ventriculaire.

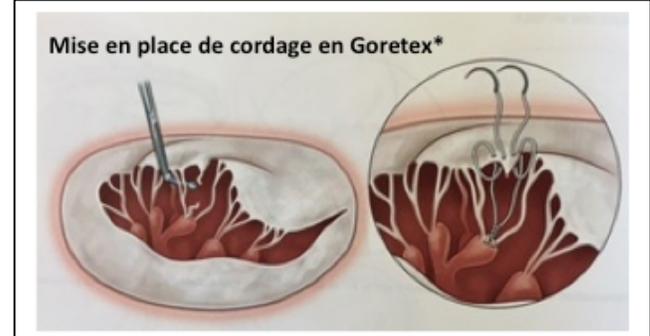
La toute première plastie valvulaire a été réalisée en 1951 à « cœur fermé ». Elle a consisté en un « resserrage » de l'anneau mitral permettant de réduire le volume de la fuite. Mais, grâce à la circulation extracorporelle, il a été possible, quelques années plus tard, d'aborder l'anneau directement pour en réduire la dimension par suture.

Le premier remplacement valvulaire date de 1961 mais la « grande aventure » de la plastie mitrale a débuté dans les années 70 grâce aux travaux d'un grand chirurgien français, le Professeur Alain CARPENTIER.

Pour corriger la dilatation annulaire il a mis au point l'anneau prothétique qui porte désormais son nom. Cet anneau, suturé sur



cement des cordages rompus par des cordages synthétiques en Goretex\*...).



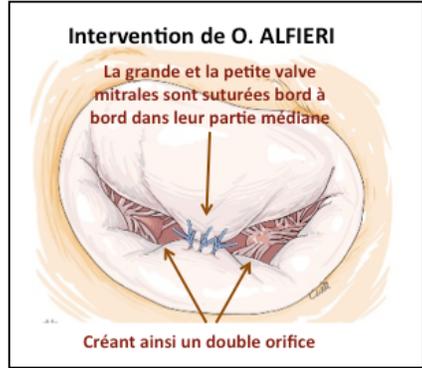
l'anneau natif, est modulable afin de redonner à ce dernier une dimension adéquate (annuloplastie).

En cas de prolapsus valvulaire sur valves dystrophiques (K. 66) il a imaginé une technique permettant de réduire la surface de la valve trop grande en en réséquant un segment (résection quadrangulaire). Ce geste est associé à la mise en place d'un anneau prothétique et, si nécessaire, à d'autres techniques complémentaires de reconstruction valvulaire (plastie de « glissement » permettant de réduire la hauteur de la valve résiduelle).

Les cordages peuvent aussi être réparés (raccourcissement de cordages allongés, transposition de cordages d'une valve à l'autre, rempla-

Certaines insuffisances valvulaires sévères ne peuvent pas être corrigées par la technique de Carpentier en raison de leur mécanisme (c'est le cas, en particulier, pour les insuffisances fonctionnelles liées à une dilatation majeure du VG). Dans ces cas, si

l'implantation d'un anneau prothétique ne suffit pas, une suture bord à bord de la partie médiane des deux valves mitrales, transformant l'orifice mitral en un double orifice, peut être réalisée (intervention d'ALFIERI) permettant de réduire très significativement l'importance de la fuite valvulaire.



Docteur J-F. HOUËL (Cardiologue)