

KALON

Le journal de l'

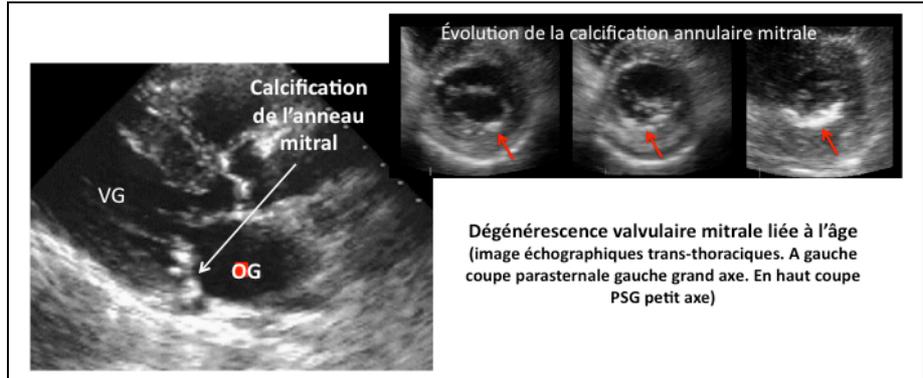


La dégénérescence valvulaire liée à l'âge :

Elle touche moins de 2 % des patients de moins de 65 ans, et il s'agit dans ce cas le plus souvent d'une valvulopathie aortique liée à la dégradation prématurée d'une bicuspidie (voir KALON N°64). Par contre 8,5 % des patients d'âge compris entre 65 et 75 ans sont touchés et ce chiffre atteint plus de 13 % au delà de 75 ans.

Il ne s'agit pas d'une atteinte inflammatoire ni infectieuse mais d'une dégradation

un processus évolutif. Les lésions progressent avec le temps et peuvent être responsables de complications (rétrécissement de la

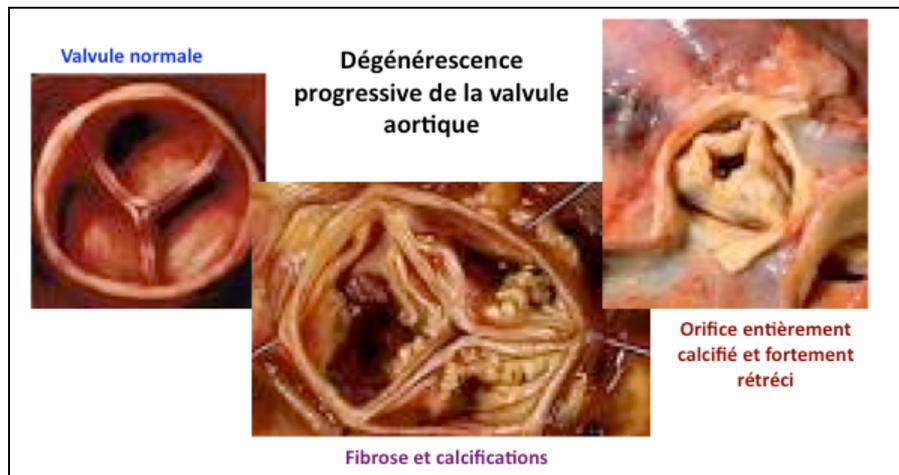


Valvulopathies dégénératives

valvule aortique, notamment, nécessitant un remplacement valvulaire ou encore insuffisance valvulaire mitrale...).

*Dans ce numéro nous allons nous intéresser à deux types de pathologies valvulaires : d'une part aux **valvulopathies dégénératives liées à l'âge** qui sont actuellement les plus fréquentes en raison de l'allongement de la durée de vie et qui touchent essentiellement les valvules du cœur gauche (aortique et mitrale) qui sont soumises à des contraintes bien plus importantes que celles du cœur droit (régime de pression beaucoup plus élevé), et d'autre part à une forme très particulière de pathologie de la valvule mitrale, **la dégénérescence myxoïde** dont l'origine est génétique et qui touche environ 2% de la population.*

progressive du tissu valvaire (tissu conjonctif et élastique) avec accumulation de substances macromoléculaires (protéoglycanes) qui conduisent à une fibrose des valves puis à leur calcification (infiltration par du calcium). Le fonctionnement valvulaire en est perturbé (ouverture difficile, défaut d'étanchéité). C'est



La dégénérescence myxoïde de la valve mitrale ou maladie de BARLOW. :

Encore appelée « **ballonisation mitrale** » ou « **prolapsus mitral** ».

Cette maladie est caractérisée par un **épaississement** du tissu constituant les feuillets valvaires ainsi qu'à **un excès de tissu** et donc à une augmentation de la surface des feuillets qui

est important, la valve en question bascule dans l'oreillette (**prolapsus**) et l'étanchéité de la valve est compromise (**insuffisance mitrale**).

Dans certains cas un ou plusieurs cordages, fragilisés, peuvent se rompre entraînant une fuite mitrale massive.

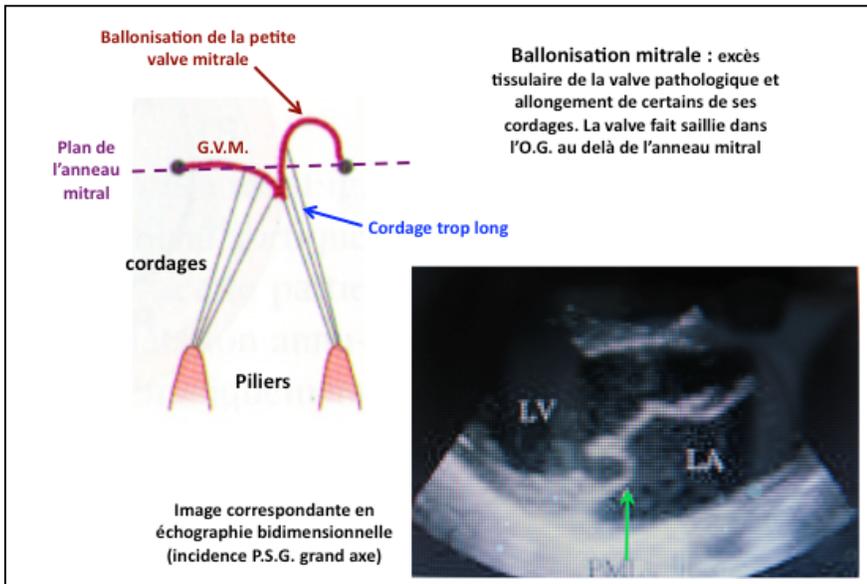
Les formes sévères nécessitent un geste chirurgical (plastie mitrale).

Le diagnostic est très souvent évoqué à

l'auscultation, la déformation brutale de la valve pathologique, et la mise en tension des cordages qui en résulte, émettant un bruit particulier à la fin du temps systolique (avant le deuxième bruit du cœur), le « clic ». Celui-ci inaugure un souffle de fuite mitrale (du clic jusqu'au deuxième bruit) lorsque la valve perd son étanchéité par prolapsus.

Mais la sévérité de l'atteinte valvulaire et ses particularités anatomo-pathologiques sont précisément évaluées par l'échographie.

Docteur J-F. HOUËL (cardiologue)



sont boursoufflés et distendus. S'y associe une **atteinte des cordages** qui sont épaissis et allongés. Ces lésions ne touchent pas la totalité des deux valves de la valve ni la totalité des cordages. Elles sont souvent limitées, tout au moins au début, à une des deux valves ou même seulement à une portion de valve et à quelques cordages.

C'est une **pathologie assez fréquente** (très largement surestimée il y a quelques années, lorsque l'usage des échocardiographes s'est répandu, en raison d'une surinterprétation de certaines images échographiques, elle est actuellement évaluée autour de 2% de la population) et le **plus souvent bénigne** (80% des cas sans conséquence significative).

Lorsque le ventricule se contracte (systole ventriculaire), la valve touchée se déforme comme un ballon de baudruche que l'on gonfle, et fait saillie dans l'oreillette. Si la déformation est importante et que l'allongement des cordages correspondant

