

On appelle « trouble valvulaire fonctionnel » une anomalie du fonctionnement valvulaire qui n'est pas lié à une lésion des valves. L'exemple type en est le défaut d'étanchéité (insuffisance valvulaire) de la valvule mitrale (cf. Kalon N° 61) provoqué par une dilatation importante du ventricule gauche induite par une maladie du muscle cardiaque, primitive (cardiomyopathie dilatée) ou secondaire (à une cardiopathie ischémique par exemple). Une telle dilatation cavitaire entraîne une dilatation de l'anneau de la valvule. Les deux feuillets, insérés sur cet anneau, s'éloignent donc l'un de l'autre. Le feuillet postérieur (petite valve) qui sert de butée

lets de se rapprocher suffisamment du plan de l'anneau.

La conjonction de tous ces éléments empêche la valvule de se fermer correctement. Lors de la systole ventriculaire une partie du sang contenu dans le ventricule gauche reflue vers l'oreillette gauche (c'est ce qu'on appelle une insuffisance valvulaire ou encore

une « fuite » valvulaire). Ce défaut d'étanchéité s'accroît avec le temps et finit par aggraver la dysfonction ventriculaire (un véritable cercle vicieux s'installe).

Troubles valvulaires fonctionnels

Une telle anomalie fonctionnelle peut aussi se rencontrer au niveau du cœur droit, la dila-

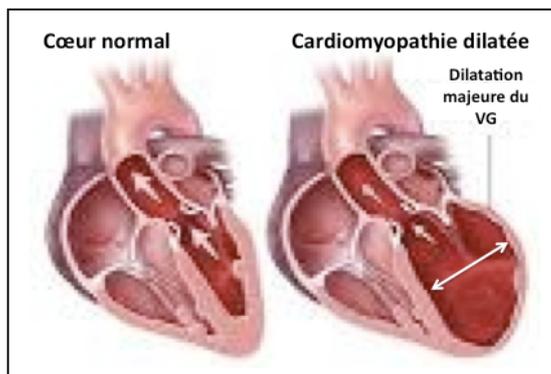
Quelles sont les causes des maladies valvulaires ? elles sont nombreuses ! Le fonctionnement des valvules cardiaques peut en effet être perturbé par diverses lésions induites par des pathologies congénitales (malformations) ou acquises (inflammatoires, infectieuses, toxiques, dystrophiques, dégénératives ou ischémiques). Mais ce dysfonctionnement peut aussi être lié à une maladie du cœur (par exemple une cardiomyopathie dilatée – cf. KALON N°44) qui empêche une valvule, pourtant normale, de faire correctement son travail.

Nous consacrerons plusieurs numéros de KALON à cet important sujet et nous commencerons par ces anomalies fonctionnelles si fréquemment rencontrées.

au feuillet antérieur (grande valve) pour assurer l'étanchéité de l'orifice, n'est plus à la bonne place pour remplir son office.

De plus l'écart entre les piliers mitraux augmente et la distance entre ces piliers et les feuillets valvulaires devient trop importante (la longueur des cordages mitraux étant inchangée) pour permettre à ces feuil-

l'origine (par exemple une pathologie pulmonaire chronique sévère), entraînant une insuffisance valvulaire tricuspide.

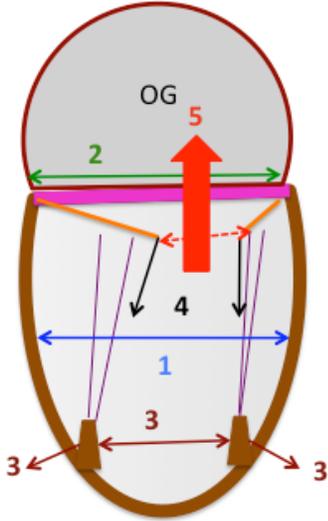


La valvule aortique peut, elle aussi, devenir insuffisante lors de certaines pathologies de l'aorte initiales responsables d'une dilatation annulaire (maladie annulo-ectasiante).

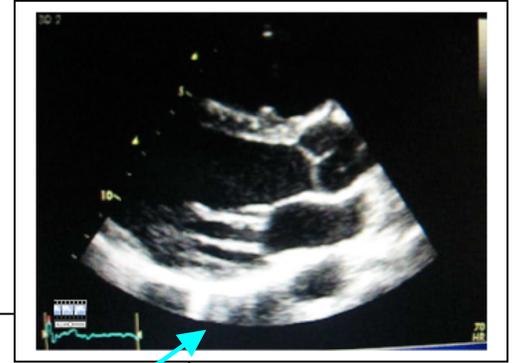
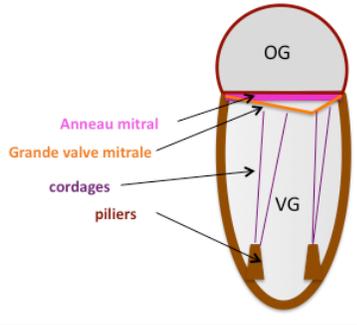
Docteur J-F. HOUËL (cardiologue)

Cardiomyopathie dilatée

- 1 : dilatation du VG
- 2 : dilatation de l'anneau mitral
- 3 : les piliers s'écartent l'un de l'autre et s'éloignent des feuillets mitraux
- 4 : les feuillets restent à distance du plan de l'anneau lors de la contraction du ventricule
- 5 : la valvule ne se ferme plus correctement et une « fuite » mitrale apparaît conduisant à une dilatation de l'OG

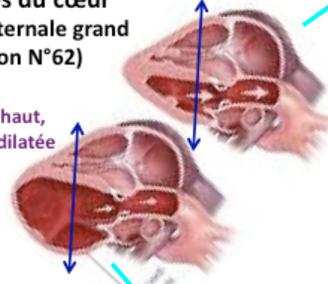


Cœur normal



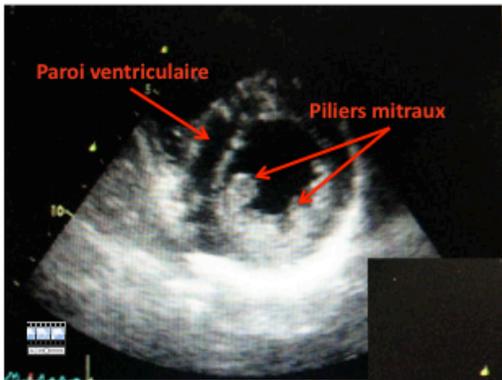
Coupes échographiques longitudinales du cœur (incidence parasternale grand axe – cf. Kalon N°62)

Cœur normal en haut, cardiomyopathie dilatée en bas

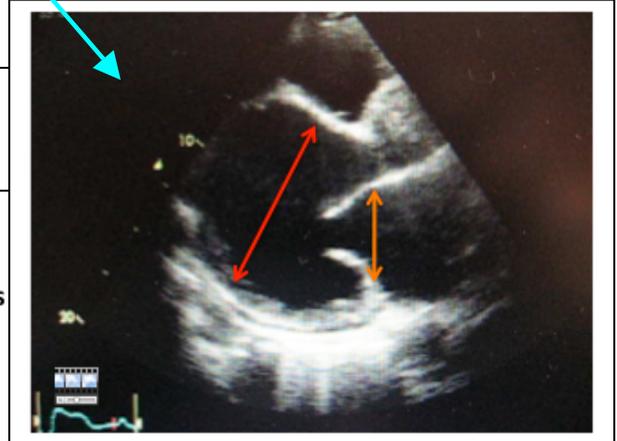


C.M.D. : importante dilatation du VG et de l'anneau mitral

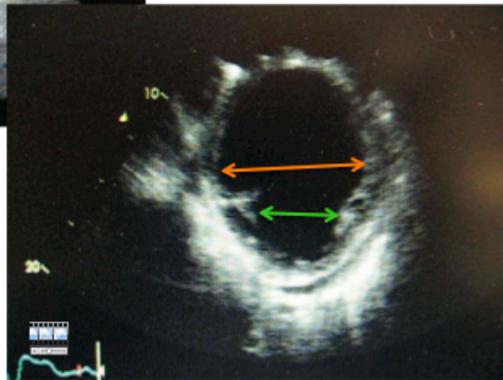
Cœur normal



Coupes échographiques transverses du ventricule gauche (incidence parasternale gauche petit axe)



C.M.D. : dilatation du ventricule gauche et écartement des piliers mitraux



Cardiomyopathie dilatée

L'imagerie doppler couleur met en évidence la fuite mitrale résultant de la dilatation du VG

