

RAPPORT D'ACTIVITE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

1954 - 2008

Professeur Jean ACAR

Sommaire

Rapport d'activité hospitalo universitaire

Avant-propos

Carrière hospitalo-universitaire

Période 1970 - 1994 :

- structure des services
- personnel
- relations privilégiées avec certains centres et cardiologues hospitaliers

Période 1994-2008

Association Franco-Libanaise de Cardiologie

Travaux et Publications

Préambule

Articles et Communications

- valvulopathies acquises
- pathologie cardiovasculaire à l'exclusion des valvulopathies
- pathologie non cardiovasculaire
- références

Ouvrages

Contribution à des thèses et mémoires

AVANT PROPOS

En février 2008, en tant qu' « Ancien de l'Assistance Publique (AP) », il m'a été proposé d'apporter ma contribution au Jubilé des CHU (décembre 2008) en précisant les « avancées médicales » dont mes anciens services pouvaient se prévaloir.

Cela a été pour moi l'occasion de me replonger dans le passé et de remettre à jour une liste de publications que j'avais arrêtée en 1984. L'excellente épreuve de Titres et Travaux de A. Vahanian récemment mise à jour, m'a été, à cet égard, d'un grand secours.

Plus de cinquante ans après mes premières fonctions hospitalières comme I.H.P. , il ne m'a pas semblé superflu de dresser un bilan d'activité en termes de travaux et publications réalisés jusqu'à la période actuelle (1954 – 2008).

Cet opuscule comporte :

- un bref rappel de ma carrière hospitalo universitaire à l'AP
- des précisions sur nos conditions de travail à Créteil et à Tenon
- la liste des travaux et publications, avec pour certains d'entre eux des commentaires
- des informations sur l'Association Franco Libanaise de pathologie cardiovasculaire

Carrière hospitalo-universitaire.

Jean Acar, né le 2 mars 1928 à Mauriac (Cantal). Ma carrière à l'AP-HP se subdivise en plusieurs périodes :

- **1951-1957** Internat des Hôpitaux de Paris
CCA (Pr M. Bariety, Pr M. Mouquin)
- **1958-1968** CCA puis médecin assistant des Hôpitaux de Paris
Maître de Conférence agrégé 1963
Service du Pr. P. Soulié
Hôpital Lariboisière , Chaire de Clinique Médicale
Hôpital Broussais, Chaire de Clinique Cardiologique
- **1969-1970** MCA-PH, Service du Professeur Agrégé C. Sors
CHU Pitié Salpêtrière
- **1970-1979** MCA-PH – Chef de service
Hôpital Albert Chenevier, groupe Henri Mondor-Albert Chenevier, CHU Créteil
- **1979-1994** PU-PH Chef de Service.
Hôpital Tenon, CHU Saint Antoine
- **Oct. 1994-1996** Consultant , service cardiologie, Hôpital Tenon
- **1996-2008** Médecin honoraire

Période 1970 – 1994

Structure des services de cardiologie, J. Acar, Chef de service (CS)

Hôpital Albert Chenevier, Créteil

Groupe hospitalier Henri Mondor-Albert Chenevier (HM-AC) , oct. 1970 – oct. 1979

Hospitalisation : 105 lits : 47 pathologie aiguë – 58 pathologie chronique

Consultations Hôp. AC et HM, service cardiologie (Pr. Vernant)

Laboratoires : Electrocardiographie / Echocardiographie–Doppler / Tests d'effort / Holter / Phonomécanographie / Hémodynamique / Angiographie–Coronarographie. Laboratoire d'explorations fonctionnelles / Physiologie, Hôpital HM ; D. Laurent, N. Geschwind.

Hôpital Tenon, CHU Saint Antoine

Oct. 1979 – Oct. 1994 et consultant 1994 -1996.

Hospitalisation 72 -> 63 lits (1979 -> 1994)

Médecine spécialisée cardiologie 57 -> 53 lits, Unité soins intensifs 15 -> 10 lits

Consultations cardiologie et pathologie vasculaire

Laboratoires : Electrocardiographie / Echocardiographie-Doppler / Tests d'effort / Holter, Phonomécanographie / Hémodynamique / Angiographie / Coronarographie / Cardiologie interventionnelle.

Personnel médical

Il a varié selon les périodes (1979 -> 1994), les services hospitaliers, les fonctions des intéressés, PU-PH / PH / CCAssistant / Attaché Assistant / Résident

Chef de Service (AC et Tenon), : J. Acar PU-PH

Chef de Service adjoint (Tenon) : A. Vahanian PU-PH (1988 – 1994)

Praticiens hospitaliers :

Hôpital Albert Chenevier :

CCA faisant fonction de PH P. Luxereau (1972 – 1973)

P. Pouget (1973 – 1975)

C. Sztarkman (1975 – 1977)

A. Kulas (1978 – 1979)

Hôpital Tenon :

C.H. Savier (1979 – 1986)
A. Vahanian (1983 – 1988)
P.L. Michel (1988 – 1994) [PU-PH en 1995]
B. Cormier (1990 – 1994)

Chefs de Clinique Assistants à Albert Chenevier (AC) ou Tenon (T)

M. Cazaux (T), B. Cormier (T), E. Dadez (T), J. Dewilde (T), M. Enriquez-Sarano (T), B. Lung (T), J.M. Jais (T), A. Kulas (AC), P. Luxereau (AC), J.P. Maroni (T), P.L. Michel (T), O. Nallet (T), J.M. Porte (T), P. Pouget (AC), V. Roger (T), J. Sergent (T), M. Slama (T), C. Sztarkman (AC), A. Vahanian (T), B. Vitoux (T).

Attachés assistants (AA)

Le nombre de vacations a varié : 21 à 34 à Albert Chenevier; 35 à 40 à Tenon.

J.F. Angotti (T), L. Antebi (†) (AC*), E. Arié (AC et T), J.C. Arnaud (AC*), D. Barely (T), A. Bernier (T), J.J. Bensoussan (T*), A. Botvinik (AC*), D. Brunschwig (T), A. Boubaker (T), J. Bourdenet (AC), F. Boustani (T), P. Calmettes (T), M. Cazaux (T*), Chignon (AC), A. Cukier (T), J. Dewilde (T*), Y. Elbèze (T*), J. Elias (T), M. Enriquez Sarano (T*), P. Etlinger (T*), R. Fabre (T), D. Fagot (†) (AC), E. Farah (AC et T*), D. Fremont (T), G. Gamerman (T*), C. Garde (T), G. Ghanem (T), D. Grimberg (AC et T), F. Grimberg (†) (AC et T), J.C. Grynberg (†) (AC), S. Gryner (T), J. Guérinon (T), N. Guirguis (T), J. P. Houllegatte (T), J.M. Jais(T*), R. Jeremiasz(T*) , R. Kassab (T), A. Kulas (AC et T), J.P. Laborde (T), R. Lainée (†) (AC*), P. Laloge (†) (AC et T), J. Lavabre (AC et T), Y. Louvard (T*), G. Lutfalla (A.C) , P. Luxereau (AC et T*), C. Marien (†) (T*), J.P. Maroni (T*), C. Morisset (T), N. Naouri (T), N. Nassiri (AC), B. Philippe (T*), G. Preud'homme (T), C. Richaud (T*), M. Rocache (AC), J.F. Roux (T), A. Schindler (T), Cl. Seban (T), P. Signoret (T), J.A. Simon (AC et T), Ch. Sztarkman (AC et T*), J.M. Touraine (T), B. Vitoux, (T), R. Zalloum (T).

*ancien interne des hôpitaux de Paris

Praticiens étrangers, ayant les fonctions de résidents (R), attachés assistants (AA), Internes des hôpitaux de Paris (IHP)

B : Belgique, C : Cambodge, I : Italie, L : Liban, M : Maroc, T : Tunisie

S. Abou Jaoudé (R, L), G. Badaoui (IHP, L), E. Brizio (R, I), P. Charbel (R, L), F. Drissi (R, T), P. Dermine (R, B), J. Elias (AA, L), G. Ghanem (AAL), N. Hannachi (R, T), A. Hage (R, L), R. Kechrid (R, T), R. Kassab (AA, L), C. Karam (IHP, L), X. Michel (R, B), R. Rachoin (R, L), W. Tarcha (R, L), S. Slicani, (R, I), S. Hay (C), H. Himmich (IHP, M), R. Zalloum (A, L), M. Zizi (IHP, M) .

Personnel paramédical

J'ai eu la chance d'être entouré d'un personnel de grande qualité, aussi bien à Créteil qu'à Tenon. Mme A. Senez, surveillante générale, à AC et T est le meilleur exemple d'excellence de ces collaborateurs. Danièle Goléo , Christine Dolliou, Georgette Guillosoy ont été d'une aide inappréciable au secrétariat et aux archives ainsi que Mme Orioli au Laboratoire d'échocardiographie et Jacqueline Claire aux consultations.

Relations privilégiées avec certains centres hospitaliers et cardiologues, hospitaliers ou d'activité libérale.

France

Ile de France

Région parisienne

Spécialités complémentaires de la cardiologie

Chirurgie cardiaque :

Pr. Ch. Cabrol, I. Gandjbakhch, A. Pavie, (H. Pitié Salpêtrière) Collaboration étroite pendant plus de 25 ans avec cette équipe, réunions hebdomadaires régulières, travaux en commun.

Prs. A. Carpentier, A. Deloche et Dr. C. Acar (H. Broussais puis G. Pompidou)

Pr J.P. Cachera (†), Dr. P. Deleuze (H. Henri Mondor ; Créteil)

Pr D. Guilmet (H Foch, Suresnes)

Pr. J.J. Galey (†), (H Henri Mondor, Créteil)

Dr M. Romano (H Européen, Aubervilliers)

Chirurgie vasculaire

Pr JM Cormier (H Saint Joseph)

Dr F. Cormier (H Européen de Paris, Aubervilliers) et clinique G. Bizet

Hémostase – coagulation

Pr. M.M. Samama, Dr J. Conard, Dr. M.H. Horellou, (H. Hôtel Dieu)

Pr . A . Combrisson, Dr E. Verdy, (H Tenon)

Anatomie pathologique

J. Guérinon , (H Tenon)

Pr G. Chomette (†) et Dr . M. Auriol (H Pitié Salpêtrière)

Physiologie ; explorations fonctionnelles

Pr. R. Ardaillou et Pr. J.C. Dussaule (H Tenon)

Electroradiologie

Pr J.M. Bigot , Dr Hélenon, (H Tenon)

Prs J. Ferrane et N. Vasile (H. Henri Mondor, Créteil)

Statistiques

Pr P. Ducimetière (INSERM)

Dr M. Cadilhac (H Tenon)

Autres spécialités

Cancérologie : Pr . D. Machover [H Tenon puis H. Paul Brousse, (Villejuif)]

Chirurgie digestive : Pr. A. Huguier (H Tenon)

Dermatologie : Pr . R. Touraine (†) (H Henri Mondor, Créteil)

Endocrinologie-diabète : Pr. J. Lainée (H Rothschild), Pr. F. Duron (H Saint Antoine)

Gastroentérologie : Pr. F. Bodin (H Tenon)

Néphrologie : Pr. F. Mignon (H Tenon)

Neurologie : Dr J.P. Ferroir (H Tenon)

Pathologie: infectieuse et réanimation Pr. J. Chastre (H Pitié Salpétrière)

Physique biologique : Pr. B. Mensch (H Tenon)

Pneumologie : Dr B. Milleron (H Tenon)

Urologie : Pr P. Thibault (H Tenon)

Centres cardiologiques en Ile de France hors Paris

- A.Benacerraf , Centre cardiologique du Nord, (Saint Denis)
- J. Dupagne, Hôpital Sainte Camille, (Bry sur Marne)
- J. Gamerman et J. Sergent, Centre hospitalier intercommunal, (Montfermeil)
- G. Hanania et J.P. Maroni, Centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger, (Aulnay sous Bois)
- J.P. Laborde, A. Turlure, A. Benassar. Centre de rééducation et de réadaptation cardiovasculaire, (Villiers Saint Denis).
- R. Lainée (†), Centre hospitalier, (Gonesse)
- H. Lardoux, Centre hospitalier, (Corbeil Essonne)

Autres régions

Une collaboration étroite entretenue par de très anciennes amitiés s'est poursuivie sans faille avec les responsables de plusieurs centres hospitaliers :

- *P. Baledent, M. Tribouilloy, P. Genuyt, E. Dadez*, Clinique V. Pauchet, (Amiens)
- *J.P. Delahaye (†); F. Delahaye, G. De Gevigney*, Hôpital Cardiologique de Lyon
Coopération dans de nombreux domaines : organisation des groupes français et européens « Valvulopathies ». Congrès, journées, travaux coopératifs, publications.
- *J. Fanjoux, A. Aupérin, B. Vitoux*. Centre hospitalier de Nevers
- *J. P. Foucault*, (CHU de Caen) et *P. Rolland* (Caen]
- *H. Jallut (†), A. Jallut (†)*; auxquels me liait une amitié très profonde remontant à l'internat et *J. Cassagnes*, H Hôtel Dieu puis CHU Clermont Ferrand
Travaux en commun (articles, ouvrages)
- *P. Leborgne (†)*; CHU Rennes
- *J.P. Maurat et J.P. Bassand*, CHU Besançon.

"Des liens durables se sont noués avec de nombreux cardiologues d'activité libérale et plus spécialement avec :

M.Algazi (Paris), *P. Bachelerie* (Tulle), *F.Darondel* (Gien), *P.Ghassémi* (Mauriac), *E.Godbarge* (Vire), *M.Jouvet* (Charleville-Mézière) *F.Léveiller* (Vierzon), *J.C.Lulé* (Vire), *P.Monier* (Melun), *P.Pariante* (Paris) , *M.Poisson (†)* (Villeneuve St Georges), *P.Trouvé* (Charleville-Mézière), *C.Vacossin* (Epernay), *R.Wajnberg* (L'Haÿ les Roses)

Europe

Au fil des années, des rapports professionnels et amicaux se sont créés avec des membres de la Société Européenne de Cardiologie (ESC) et en particulier avec ceux du Working Group on Valvular Heart Disease « WG VHD ».

- *Endre Bodnar*

Chief editor of the Journal of Heart Valve Disease. *Co editor of the Textbook of Acquired Heart Valve Disease, London 1995 U.K..

- *Dieter Burckardt*

Kantonspital. Past chairman of the WG VHD, Basel, Switzerland.

- *Eric G. Butchart*

Dpt of Cardiothoracic surgery. Past chairman of the WG VHD, Cardiff U.K..

- *Christa Gohlke-Bärwolf*

Past Chairman of the WG VHD; Herzzentrum, Bad Krozingen, Germany

- *Dieter Horstkotte*

Head department of cardiology. Past chairman of the WG Prosthetic Valves and of the WG VHD, Düsseldorf and Bad Oeynhausen, Germany

- *Hans Peter Krayenbühl († 1993)*

Past president of the ESC (1988 – 1990), past chairman of the WG Prosthetic Valves, Zurich, Switzerland.

- *René Kremer, B. Marchandise, E. Schroeder*

UCL Cliniques Universitaires Mont Godinne. Past president SBC and past chairman of the WG VHD, Belgique.

Rapports étroits entre nos deux services renforcés par une très ancienne amitié.

- *Maria Krzeminska-Pakula*

Medical Academy, Department of Cardiology, Membre du WG VHD of the ESC, Lodz, Poland.

- *Henri Kulbertus, Luc Pierard (past presidents of SBC) Victor Legrand*

CHU Sart Tilman, Department of Cardiology, Liège, Belgique.

- *Sigurd Nitter Hauge*

Past Chairman WG of the Prosthetic Valve and of the WG VHD. Rickhospitalet, Oslo, Norway.

- *Celia Oakley*

Past chairman of the WG VHD., Hammersmith hospital, clinical cardiology, London, UK

- *Walter Paulus*

Cardiovascular center, Aalst, Belgique.

- *Gregorio Rabago († 1992)*

Fundacion Jimenez Diaz, Past chairman of the WG Prosthetic Valves, Madrid, Spain

- *R. Ratti*

Regionalspital Cardiologie, Chur, Suisse

Autres pays

Des liens préférentiels ont été noués avec les cardiologues de nombreux pays mais plus particulièrement avec ceux du Liban et de Tunisie.

Liban

Elie Checrallah, Chef du service de Cardiologie de l'hôpital Hôtel Dieu de France, Université Saint Joseph, Beyrouth et parmi ses élèves : S. Abou Jaoudé, G. Badaoui, R. Kassab et A. Sarkis, Liens étroits avec ce service dont le responsable est un ami de très longue date. Collaboration régulière en divers domaines (réunions médicales, formation de résidents, travaux coopératifs, création de l'AFLC).

V. Jebara et S. Jebara, département de chirurgie cardiaque, Hôtel Dieu, Beyrouth

Z. Karam, Hôpital Saint Georges, Beyrouth que j'ai connu à Paris dès les années soixante.

Tunisie

M. Ben Ismail, chef de service de cardiologie ; Hôpital Ernest Conseil, Tunis.

AIHP. L'un des fondateurs de la cardiologie tunisienne. Là aussi échanges fructueux de longue date (congrès, ouvrages). Parmi ses collaborateurs, M. Benhamida, M. Ghariani, S. Trabelsi.

Pr. M. Ben Farhat, Chef du service de cardiologie, CHU F. Bourguiba. Congrès, participation à des ouvrages. Parmi ses collaborateurs, F. Betbout, H. Gamra, F. Maatouk.

U.S.A.

R. Jeresaty, Hartford, Connecticut.

Période 1994 – 2008

Elle a été débutée par deux années de consultanat. Ma succession à Tenon en 1994 a été assurée avec dynamisme et brio par A. Vahanian jusqu'en 1999, date à laquelle il a pris la charge du service de cardiologie de l'hôpital Bichat où il poursuit une brillante carrière. Il a été suivi par un grand nombre de mes anciens assistants. D'autres sont restés à Tenon avec son successeur, P.L. Michel qui, par sa compétence et sa rigueur, a su maintenir au service sa réputation de centre efficace. J'ai bénéficié durant mes périodes d'activité de la collaboration de nombreux élèves. Plusieurs d'entre eux, malheureusement, sont décédés, certains comptant parmi mes meilleurs amis : L. Antebi, F. Grimberg, R. Lainée mais aussi D. Fagot, J.C. Grynberg, C. Marien et P. Lalogue.

Un certain nombre de mes collaborateurs m'ont accompagné depuis Albert Chenevier parfois même depuis Broussais jusqu'au terme de mes fonctions hospitalières soit, sans interruption, durant une période de 15 à 25 ans. Tel a été le cas de E. Arié, E. Farah, R. Fabre, D. Grimberg, F. Grimberg, J.P. Laborde, P. Lalogue, P. Luxereau, J.A. Simon et C. Sztarkman. La plupart de mes anciens assistants gardent une activité médicale dans des centres hospitaliers comme CS ou CS adjoint, B. Lung (Paris, Bichat), P. Cazaux (Lorient), J. Dewilde (Quimper), J.P. Maroni (Aulnay-sous-Bois), J. Sergent (Montfermeil), B. Vitoux (Nevers), P. Pouget (Rodez). D'autres, dans des établissements privés renommés, en France tels B. Cormier (Institut J. Cartier, Massy), E. Dadez (Clinique Pauchet, Amiens) J.M. Jais (H. Américain, Neuilly) J.M. Porte (Centre cardiologique du Nord, Paris) ou à l'étranger : Belgique, Cambodge, Liban, Tunisie, U.S.A. où ils occupent souvent des places éminentes. A cet égard, M. Enriquez Sarano et V. Roger à la Mayo Clinic (Rochester, U.S.A.) font honneur à la cardiologie française.

Quelques profils de carrière sont bien particuliers : P. Luxereau a mis ses compétences au service de la médecine humanitaire (Amnesty International), E. Arié s'est investi dans la politique

de la Santé, F. Boustani cumule les fonctions de cardiologue libéral , de secrétaire de l'AFLC et d'historien de la cardiologie par son ouvrage primé par l'Académie de Médecine. La circulation du sang. « Entre Orient et Occident, l'histoire d'une découverte ».

L'Association Franco Libanaise de Pathologie Cardiovasculaire (AFLCV). Elle a été créée en mai 1998, avec le Pr. E. Checrallah, et le concours des Prs. J.M. Gilgenkrantz, P.L. Michel et du Dr E. Farah. Elle s'est rapidement enrichie d'une participation belge, grâce aux Pr. R. Kremer et au Pr. L. De Roy.

Son but était de réunir des cardiologues français, belges et libanais afin de promouvoir des échanges scientifiques de diverses natures. Elle a été à l'origine de congrès et journées qui se sont tenus régulièrement à Beyrouth, une à deux fois par an. Les dernières journées ont eu lieu les 31/10 et 1/11/2008. Elle a compté parmi ses soutiens les plus actifs, les regrettés Pr. J.P. Delahaye, longtemps vice-président, le Pr. J. Puel et le Pr. L. Guize récemment décédés. En octobre 2003, avec E. Checrallah, nous nous sommes désistés de nos postes de présidents dans un désir de renouveau. Le Conseil d'Administration et les membres de l'association ont élu dans ces fonctions les Prs. P.L. Michel (Hôpital Tenon, Paris) et A. Sarkis (Hôtel Dieu, Beyrouth).

Les structures actuelles de l'association sont les suivantes.

Partie française :

Bureau :

Président : Pr. P.L. Michel (Hôpital Tenon, Paris)

Vice-président : Pr. J.C. Deharo (Hôpital de la Timone, Marseille)

Secrétaires : Pr. J. Machecourt (Hôpital A. Michallon, La Tronche, Grenoble),

Dr. F. Boustani, (Paris) responsable du site internet www.cardiologie-francophone.com

Trésorier : Dr. E. Farah, Paris

Communication : A. Nassif, Paris

Membres de l'association :

Pr. C. Acar (Paris), Pr. P. Acar (Paris) Pr. R. Asmar (Paris), Pr. J.M. Cormier (Paris), Dr. F. Cormier (Paris), Pr. F. Delahaye (Lyon), Dr. De Gevigney (Lyon), Dr. B. Farah (Toulouse), Pr. D.J.M. Gilgenkrantz (Nancy), Pr. D. Guilmet (Suresnes), Dr. K. Khalife (Metz), Dr S. Nassif (Paris), Pr. J.F. Obadia (Lyon), Dr. J.M. Porte (Paris), Pr. M.M. Samama (Paris)

Orateurs invités:

- *habituels :* Pr M.G. Bousser (Paris), Biol.Hx J Conard (Paris), Pr J. Chastre(Paris), Pr F. Duron (Paris), Pr J.Cl. Daubert (Rennes), Pr I. Gandjbakhch (Paris), Pr R. Loire (Lyon), Elect.rad.Hx G. Mousseaux (Paris), M.C.U.PH Biost. D. Simon (Paris).

- à titre exceptionnel (Lectures)

Pr J.Delahaye (†) (Lyon), Jacques Julliard (Paris), Pr R;Kremer (Mont Godinne, Belgique),
Pr R. Sicard (Paris)

Partie Libanaise :

Bureau

Président : Pr. Associé : A. Sarkis (Hôpital Hôtel Dieu, Beyrouth)

Vice-président : J. Elias (Hôpital du Mont Liban, Beyrouth)

Secrétaire : C. Karam (Clinique Rizk, Beyrouth)

Trésorier : R. Zalloum (Clinique Rizk, Beyrouth)

Parmi les membres actifs :

- Hôpital Hôtel Dieu, Beyrouth

Pr. R. Kassab , C.S., Prs. Associés : G. Badaoui et S. Abou Jaoudé, Pr. V. Jebara et
Dr I. El Rassi, Chirurgiens cardiaques

- Clinique Rizk , Beyrouth

Dr G. Ghanem, ancien Président Société Libanaise de Cardiologie, Dr E. Chammas,
W. Tarcha

- Hôpital Saint Georges, Beyrouth

Pr. Z. Karam et Dr S. Choueiri

- Hôpital du Mont Liban, Beyrouth

Dr W. Chalak, ancien Président de la Société Libanaise de Cardiologie

- Hôpital Notre Dame de Secours, Jbeil

R. Rachoin

- Hôpital Hammoud, Saïda

Dr S. Dada

Partie belge :

Elle est coordonnée par les Pr. R. Kremer et L. Deroy (Univ. Cath. Louvain, Mont Godinne) avec
la participation active de :

Pr. V. Dangoisse (Univ. Cath. Louvain, Mont Godinne)

Pr. G. El Khoury (Univ. Cath. Louvain, Bruxelles)

Dr. V. Legrand (Univ. Liège), A. Persu (Univ. Cath. Louvain, Mont Godinne)

Pr. L. Pierard (Univ. Liège)

TRAVAUX ET PUBLICATIONS

PREAMBULE

Mes travaux et publications ont porté sur la cardiologie et particulièrement les maladies valvulaires acquises. Cette orientation je la dois au Professeur Pierre Soulié dont j'ai été l'interne, le Chef de Clinique et l'un des agrégés et à ses collaborateurs, en particulier au Docteur F. Joly. Ma formation en Médecine Interne est à porter au crédit du Dr Marcel Morin et du Dr. Jacques Graveleau dont j'ai été l'interne à l'hôpital Foch pendant un an. Mon intérêt pour la pneumologie a été suscité par les Prs P. Choubrac (Service du Pr Bariety) et Ch. Sors. En 1977 j'ai créé avec J.P. Maurat, le 3ème Groupe de travail de la Société Française de Cardiologie (SFC) qui en compte actuellement quinze, le groupe Valvulopathies. J'en ai assuré, pendant cinq ans, la présidence (1977 – 1982). Composé de cardiologues, de chirurgiens cardiaques, d'échocardiographistes, de biologistes de l'hémostase, de cardiologues interventionnels, le groupe a organisé des séances à thème à chaque réunion de la SFC et a suscité des enquêtes coopératives.

L'European Society of Cardiology (ESC) s'est rapidement elle aussi, dotée de Working Groups. J'ai été élu pendant quatre ans à la co-présidence puis à la présidence du Working Group on Valvular Heart Disease » dont les buts étaient de coordonner des travaux coopératifs internationaux, de promouvoir et d'organiser la recherche, de contribuer à la préparation des Congrès Annuels de l'ESC et d'établir des recommandations ou des guidelines appropriés. Avec le Working Group on Valvular Heart Disease, j'ai organisé à Paris trois congrès sous les auspices de l'ESC et de la SFC .

<i>Octobre 1984</i>	Bioprostheses – thromboembolic events in prosthetic valves
<i>Août 1988</i>	Aortic stenosis in adults. New trends
<i>Juillet 1991</i>	Preoperative evaluation and therapy in mitral valve disease : surgery-valvuloplasty en collaboration avec le Pr. J.P. Delahaye.

Chacun de ces congrès a fait l'objet d'un numéro spécial de l'European Heart Journal.

Dans le recensement des principaux travaux et publications auxquels j'ai participé, ont été retenus :

1- les articles en Français ou en anglais , acceptés par des revues à Comité de lecture.

2- les communications/abstracts aux Congrès de Langue Française ou Anglaise ou aux Sociétés savantes , dans la mesure où elles n'ont pas fait l'objet d'articles pour éviter les redondances. Mention de ces communications est parfois faite avec l'énoncé de l'article correspondant.

3- les ouvrages dont j'ai été « Editeur » et ceux auxquels j'ai participé.

4- les thèses auxquelles j'ai apporté ma contribution.

Par contre, n'ont pas été prises en compte à l'exception des ouvrages et de quelques lectures, les publications à visée purement didactique, articles, tables rondes, conférences ou lectures.

Il va de soi que les conclusions de ces travaux doivent être analysées en fonction de leur date de publication. En 2008, certaines ont été confirmées , d'autres restent contestées. De toutes façons, elles doivent être interprétées dans le contexte de l'époque.

Les progrès en médecine sont habituellement le fait de travaux d'équipes. J'ai eu le privilège dans mes périodes d'activité comme Chef de Service d'avoir des collaborateurs nombreux et efficaces. Ces travaux sont le fruit de l'activité de tous les membres de l'équipe et plus particulièrement et par ordre chronologique de : R. Lainée (†), P. Luxereau, D. Grimberg, E. Farah, P. Pouget, C. Sztarkman, A. Kulas, J.P. Laborde, C.H. Savier, A. Vahanian, J. Dewilde, M. Enriquez Sarano, P.L. Michel, B. Cormier et B. Lung.

ARTICLES ET COMMUNICATIONS

VALVULOPATHIES ACQUISES

Histoire naturelle. Etiologies

Le syndrome de Lutembacher

Cette pathologie rare associant une sténose mitrale et une communication interauriculaire a été étudiée à l'hôpital Broussais.

Les séries rapportées (15 puis 22 cas) étaient, à l'époque, les plus fournies et documentées de la littérature mondiale. Elles ont permis d'analyser l'anatomie, la physiopathologie, les tableaux clinique et hémodynamique, le pronostic et les possibilités chirurgicales du syndrome. La première publication date de 1963, en collaboration avec M.C. Plainfossé (Thèse 1963). Elle a été complétée en 1964 et 1968 avec P. Soulié et al [1, 2, 3].

On peut en rapprocher le syndrome sténose mitrale et retour veineux pulmonaire anormal dont les particularités ont été précisées en 1965 avec F ; Herreman et J. Osty [4].

Le rétrécissement aortique calcifié (R.A.C)

Le pronostic des formes symptomatiques a été analysé en 1966 avec M. Hodara et J.P. Maurat [5]. Cette étude a permis à partir de 200 cas suivis dont 86 avec documents anatomiques d'établir des courbes de survie et de compléter par des informations précises (durée moyenne de survie après l'apparition d'un symptôme) les quelques données éparses et peu documentées de la littérature. Elle a été publiée deux ans avant le travail de J. Ross et E. Braunwald, cité comme référence sur ce sujet. L'espérance de vie moyenne était de 63 mois après l'apparition des syncopes, 47 mois après l'angor, 23 mois après les premiers signes d'insuffisance ventriculaire gauche et 7 mois s'il existait des signes d'insuffisance cardiaque globale. La mort subite représentait le tiers des décès, survenant en règle chez des patients symptomatiques.

Des aspects particuliers du RAC ont été rapportés :

- les embolies calcaires avec P. Soulié, M. Caramanian, B. Morin et al. [6].
- l'association rétrécissement aortique et anévrisme disséquant avec J.J. Galey, R. Haiat et al [7].
- les anévrysmes de l'aorte ascendante avec pathologie orificielle aortique avec G. Chomette, R. Lainée et al. [8].

- Les calcifications de la valve mitrale (anneau, grande valve) dans la sténose aortique (fréquence, facteurs favorisants, conséquences), étudiées à partir des données de 675 patients opérés de RAC, par P.L. Michel, B. Vitoux, P. Dermine et al [205] et par M. Pezzano (Thèse 1985)
- La sténose aortique sans hypertrophie ventriculaire gauche avec B. lung, P.L. Michel, N. Belkhiria et al. [9].

Les insuffisances mitrales (IM) par rupture de cordages

Elles ont fait l'objet de plusieurs études à l'hôpital Broussais qui ont précisé leur fréquence, les tableaux cliniques, hémodynamiques, angiographiques et évolutifs [10, 11, 12]. L'étiologie habituelle était l'endocardite bactérienne mais de nombreux cas restaient d'origine imprécise.

En 1968, avec P. Luxereau, à partir de confrontations anatomiques et histologiques, un nouveau chapitre a été individualisé, l'insuffisance mitrale par rupture de cordages d'origine dégénérative (Thèse P. Luxereau, 1968). Ce travail a été publié dans les Archives des Maladies du Cœur en 1968 [13] avec M. Caramanian, M. Perrault et J.C. Arnaud. Ces variétés d'IM autrefois dénommées idiopathiques sont très différentes de celles relevant d'endocardite infectieuse. Elles sont relativement fréquentes chez les hommes de plus de 50 ans ; elles intéressent deux fois sur trois, la petite valve et reconnaissent volontiers des facteurs favorisants (hypertension artérielle). Leur traitement est chirurgical (plastie de préférence aux prothèses).

Ultérieurement, la place de ces IM dans les séries chirurgicales de ruptures de cordages, les similitudes et différences avec la maladie de Barlow ont été soulignées dans plusieurs publications par J. M. Jais et al (thèse 1979 et [14]), par P. Luxereau et al [Eur Heart J, 1991, 12 (suppl B, 2)] et par moi-même [15].

Les insuffisances aortiques (I.A.)

L'anatomie et l'étiopathogénie de l'insuffisance aortique sévère ont fait l'objet d'un travail publié en 1966 par P. Soulié, A. Piwnica, J. Acar et al [16]. Nous nous sommes plus spécialement attachés aux I.A. graves après greffe bactérienne avec J.P. Maurat [17]. Les aspects cliniques, évolutifs et anatomiques dans 54 cas ont été analysés, à une période où la chirurgie offrait des perspectives encourageantes. A la même période, nous avons contribué à l'étude des I.A. à symptomatologie angineuse avec P. Soulié, M. Degeorges, J.P. Foucault et al [18, 19] et d'une façon plus générale à l'insuffisance coronarienne de l'insuffisance aortique avec M. Tribouilloy (Thèse 1965 et 20]

En 1983, l'I.A. de la maladie de Takayashu a été le sujet de thèse de B. Leurent et d'une mise au point [21].

Les insuffisances aortiques dystrophiques

Les insuffisances aortiques dystrophiques ont particulièrement suscité notre intérêt. En 1979, dans le cadre des I.A. pures volumineuses opérées, analysées pour leur étiologie en fonction de l'âge, nous avons insisté avec J. Laudet sur certains aspects mal connus, les régurgitations par dysplasie valvulaire [22, 23 et Thèse J. Laudet 1978], les valves présentant un aspect très particulier (fines, pellucides, trop amples et flasques, souvent éversées mais indemnes de symphyse commissurale ou de mutilation). Ces anomalies étaient connues sous des dénominations variées : « floppy valve syndrome, dystrophie valvulaire ». Ce type de pathologie était noté dans notre expérience (1979) dans 14 % des cas des I.A. volumineuses opérées, soit isolément, soit en association avec une pathologie de l'aorte ascendante. La même année, avec A. Guiomard et al., une étude coopérative française réunissait 108 observations d'I.A. par anévrisme dystrophique de l'aorte ascendante, dans le cadre (38 cas) ou indépendamment (70 cas) d'une maladie héréditaire du tissu conjonctif [24]. Ce travail a permis d'insister sur la fréquence de plus en plus grande de ce type d'I.A., sur l'existence de formes frontières sans véritable anévrisme mais avec une dysplasie valvulaire et des lésions pariétales de l'aorte ascendante, décelées par la biopsie per opératoire, sur l'existence de formes artérialisées et sur les possibilités chirurgicales.

Ce fut le mérite de P.L. Michel d'avoir montré le potentiel évolutif de la pathologie aortique : survenue dans les années suivant la mise en place d'une prothèse valvulaire, d'anévrisme de l'aorte ascendante ou de dissection aortique, alors même que l'aorte était indemne d'anévrisme et seulement dilatée. Ce risque évolutif était corrélé aux lésions histologiques (médiannécrose) détectées par la biopsie peropératoire aortique. Ces travaux ont été conduits par P.L. Michel avec C. Chapelon et al. à partir des observations du service [25, 26] et dans le cadre d'une étude coopérative française [27].

En 1991, dans deux articles en langue française et anglaise, un démembrement de ces I.A. dystrophiques a été proposé et leur rapport avec les maladies héréditaires du tissu conjonctif discuté, chaque sous groupe posant des problèmes particuliers de dépistage, de prise en charge et d'indication opératoire [28, 29].

Les rétrécissements mitraux (R.M.)

Certaines formes ont été l'objet de publications :

les R.M. avec thrombose massive canalisée de l'oreillette gauche [30], avec calcifications pariétales de l'oreillette gauche [31, 32] (Thèse P. Lauvergnat, 1980).

Les embolies artérielles périphériques du R.M. et leur traitement par les anticoagulants [33]. La fibrillation auriculaire dans la sténose mitrale serrée [34].

Evolution des maladies valvulaires chirurgicales

Au fil du temps, les maladies valvulaires chirurgicales en France ont changé, dans leur étiologie, leur fréquence respective. C'est la conclusion d'une enquête statistique que nous avons menée avec P.L. Michel, R. Dorent et al. en 1992 [35] Elle portait sur 2598 cas de patients opérés de 1970 à 1990 soit pendant une période de 20 ans.

Cette étude a montré de profondes modifications des étiologies avec le temps ainsi que du profil des patients opérés. On pouvait noter :

- une forte augmentation des pathologies dégénératives et dystrophiques, contrastant avec la diminution rapide des valvulopathies rhumatismales alors que les autres types de maladies valvulaires gardaient la même fréquence.
- la place de 1^{er} rang prise parmi les valvulopathies acquises opérées, par le rétrécissement aortique calcifié, devant l'insuffisance mitrale dégénérative, les sténoses mitrales, les insuffisances aortiques et les polyvalvulopathies qui devenaient de plus en plus rares.
- un vieillissement progressif de la population des patients opérés dont l'âge dépassait parfois 70 ans.
- une augmentation de fréquence de la chirurgie combinée valvulaire et artérielle, principalement coronarienne.

Ces données complétaient et confirmaient les conclusions d'un travail coopératif français auquel le service avait participé, mené par G. Hanania et portant sur une période de 10 ans [Arch Mal Cœur, 1986 ; 79 : 1402].

Ces conclusions ont été corroborées en 2003 par une enquête coopérative européenne menée par A. Vahanian, B. Lung et al [Eur Heart J, 2003 ; 24 : 1231].

Les techniques d'investigation des valvulopathies

Elles ont pris une place considérable dès les années 70. Par des séries avec corrélations anatomiques, le plus souvent chirurgicales, le service a contribué à préciser les indications, les limites et contre indications des différentes méthodes.

La cinéangiographie

L'intérêt de la cinéangiographie dans les valvulopathies mitrales et la validation de la méthode grâce à 100 cas avec confrontations angiographiques ont été démontrés par C. Sztarkman et al. [thèse 1975, 36, 37].

La radiographie thoracique standard et l'angiographie ventriculaire gauche.

Les corrélations entre les paramètres mesurés à partir de la radiographie thoracique standard et les données de l'angiographie ventriculaire gauche dans les valvulopathies aortiques ont été analysées par M. Cadilhac (thèse 1980) sur la base de 140 dossiers. Les meilleurs résultats étaient ceux obtenus dans les surcharges volumétriques entre le rapport cardiothoracique radiologique et le volume télédiastolique angiocardiographique du ventricule gauche.

L'intérêt du rapport volume régurgité/volume télédiastolique comme marqueur de l'évolution postopératoire de la fonction myocardique dans l'insuffisance aortique a été évalué par A. Vahanian et al (1985) [38].

L'angiographie quantitative

L'apport de l'angiographie quantitative dans l'évaluation de l'insuffisance aortique a été précisé par P.L. Michel et al en 1985 [39].

Le cathétérisme gauche

En 1987, A. Vahanian et al communiquaient [40] sur la place du cathétérisme gauche dans la sténose aortique. En 1983 [41] puis en 1988 [42], j'exprimais mon opinion sur l'opportunité des explorations invasives dans l'évaluation des valvulopathies acquises chroniques de l'adulte . A cette date, leur champ d'applications avait largement diminué mais certaines indications demeuraient : évaluation de la sévérité d'une régurgitation et plus rarement d'une sténose, appréciation du retentissement sur la petite circulation d'une valvulopathie mitrale, dépistage des lésions associées (aorte ascendante, coronaires).

La coronarographie

Les indications de la coronarographie chez les valvulaires ont été longtemps controversées. Elles ont été le thème de plusieurs publications, en particulier de P. Luxereau [43 – 51] et thèses (P. Pouget 1973, J.P. Houllegate 1984, J. Berdah 1986).

Les problèmes les plus fréquents étaient posés par les patients adultes avec sténose aortique acquise. Une série de 253 malades atteints de cette pathologie et coronarographiés a été étudiée avec J. Berdah, P. Luxereau et al [50]. Une analyse multifactorielle tenant compte de divers facteurs (âge, sexe, antécédents d'infarctus, calcifications des coronaires) a montré que

l'existence d'une maladie coronarienne était exceptionnelle en deça d'un certain score (200). Par contre, ce score était atteint constamment au delà de 44 ans chez l'homme et 62 ans chez la femme. Aussi, s'avérait-il que la coronarographie devait être systématique au delà d'un certain âge. Notons que les valeurs seuil retenues par les récents guidelines sont 40 ans chez l'homme, l'âge de la ménopause chez la femme, pour les valvulopathies en période préopératoire, hormis les cas avec indications ou contre indications particulières [ESC Guidelines on the management of valvular heart disease, A. Vahanian et al. Eur Heart J 2007, 28 : 230].

L'angiographie radio nucléaire

L'évaluation par angiographie radionucléaire de la fonction ventriculaire droite dans les valvulopathies mitrales a été le sujet d'un travail de M. Enriquez Sarano et al en 1982 [204] et de la thèse de Y. Benacin (1984).

Le marquage plaquettaire à l'indium 111

L'utilité du marquage plaquettaire à l'indium 111 dans le diagnostic de thrombose sur prothèse a été étayée par plusieurs communications de A. Vahanian et al [52, 53], Drouet et al [54] et un article (J. Acar, A.Vahanian, R. Dorent et al) [55].

La phonomécanographie

Supplannée par les ultrasons, la phonomécanographie rendait encore des services dans les années 1960. E, 1967, D. Grimberg et al confirmaient l'intérêt du carotidogramme dans l'évaluation de la sévérité des sténoses aortiques [56].

L'échographie Doppler

S'il est un examen qui a obtenu une place de choix dans l'exploration des valvulopathies, c'est bien l'échographie Doppler. Il faut se souvenir que les données considérées actuellement comme acquises, n'ont été admises comme telles qu'après validation dans des centres spécialisés. Cela a supposé pour chaque type de valvulopathie et chaque type d'appareillage [écho T.M., B.D., transthoracique (E..T.T), transoesophagien (E.T.O.), Doppler pulsé et continu, Doppler couleur], une analyse critique des méthodes utilisées et des résultats observés, confrontés aux données anatomiques (chirurgie, autopsie) ou obtenues par d'autres modes d'investigation. Cela a nécessité également une confrontation des résultats avec ceux relevés par d'autres équipes de référence. Nous avons pu disposer d'un appareillage échocardiographique B.D. en 1980 et adapté à la voie oesophagienne en 1988.

L'échographie transoesophagienne (ETO)

C'est à l'équipe de Tenon et spécialement à B. Cormier et à C. Sztarkman qu'on doit pour une large part la diffusion en France de l'E.T.O, technique mise au point en Allemagne et qui s'est

avérée particulièrement utile dans différents domaines (maladies valvulaires, anomalies du septum interauriculaire, pathologie de l'aorte). Ses avantages, ses limites, ses indications ont été bien précisés par B. Cormier et al. à partir d'une expérience de 532 cas en janvier 1990 [57].

Dans le domaine des ultrasons, les travaux ont porté sur des sujets divers de 1976 à 1991 :

Les valvulopathies aortiques

- Intérêt de l'échocardiographie [58 avec A. Kulas, D. Grimberg et al, 1976].
- L'insuffisance aortique [59 par A. Kulas, D. Grimberg et al 1978].
- La sténose aortique calcifiée [60] par B. Cormier et al (1994) montrant l'intérêt mais aussi les limites de la planimétrie de la surface aortique par E.T.O. dans les sténoses avec calcifications extensives.

Les valvulopathies mitrales

-A. Kulas véritable pionnier en la matière, leur a consacré sa thèse en 1977 et plusieurs études de 1977 à 1982 avec - D. Grimberg et al :

- Apport dans le diagnostic des atteintes mitrales [61]
- La fonction ventriculaire gauche chez les mitraux [62]
- Apport dans l'étude du rétrécissement mitral [63]

- M. Enriquez Sarano et al :

- Intérêt de la correction des gains à la réception dans la détermination de la surface mitrale en échographie B.D. [64]

-Les insuffisances mitrales sévères ont été le thème de plusieurs travaux [65 – 69].

- Thèse J. Bompert 1977.

Corrélations échographie - données anatomiques (1978) par G. Lutfallah et al [66], D. Grimberg et al [67]

Corrélations échographie BD – angiographie par D. Grimberg et al [65] 1983.

Intérêt de l'E.T.O. dans la détection des ruptures de cordages par B. Cormier, C. Sztarkman et al [68], 1990.

Le diagnostic lésionnel et la prévision du type de chirurgie dans les insuffisances mitrales, chirurgicales [69] par B. Cormier, C. Sztarkman et al. Cette étude (1991) a montré que l'échocardiographie B.D. permettait avec une grande fiabilité de prévoir la possibilité d'une chirurgie conservatrice.

Les thromboses de l'oreillette gauche dans les sténoses mitrales. Elles sont très souvent localisées à l'auricule gauche et passent inaperçues avec l'E.T.T. L'intérêt de l'E.T.O. pour leur détection a été souligné [70, 71, Thèse D. Serafini 1989] par B. Cormier, J. Acar et al.

Les valvulopathies tricuspidiennes

Ce fut le thème du mémoire de R. Rachoin (1980) de la thèse de M. Levy (1985) et de plusieurs publications de D. Grimberg et al [72 - 74]

Le diagnostic et le bilan des endocardites infectieuses

Le diagnostic et le bilan des endocardites ont bénéficié considérablement de l'échocardiographie et ont été à l'origine de plusieurs communications de M. Enriquez Sarano, R. Jeremias, J. Sergent et al [75].

Validité du Doppler

La validité du Doppler pour la mesure des gradients de pression transvalvulaires a été le sujet de thèse de V. Roger (1986) grâce à l'enregistrement simultané, Doppler, cathétérisme chez 63 patients. Les corrélations étaient excellentes pour les sténoses mitrales ou aortiques et bonnes pour les prothèses. Ces résultats ont confirmé la fiabilité du Doppler pour les mesures des gradients transvalvulaires et son apport clinique fondamental en particulier pour les valvulopathies natives. Ce travail a été réalisé avec M. Enriquez Sarano à une période où peu d'études comparables avaient été publiées [76 - 78]

Recherche clinique – Etude pharmacologique

Dans un domaine différent, et dans une perspective thérapeutique, une étude critique des effets hémodynamiques de la dihydralazine IV dans l'insuffisance aortique chronique a été le sujet de thèse de J.D. Massart (1982).

Chirurgie cardiaque et valvulopathies

La chirurgie valvulaire a bénéficié considérablement de la mise au point du cœur-poumon artificiel et des progrès réalisés dans la protection du myocarde durant la circulation extracorporelle. C'est dans les années 60 que les premières prothèses valvulaires ont été implantées avec succès (en 1960 valves mécaniques grâce à A. Starr, en 1962 homogreffes aortiques grâce à D. Ross). L'essor de la chirurgie valvulaire en France tient aux équipes chirurgicales mais aussi médicales et à cet égard le rôle de P. Soulié et de son équipe a été déterminant.

L'insuffisance aortique chronique (I.A.C.)

En 1963, les douze premiers cas français d'I.A. opérés par valve de Starr ont été rapportés à la Société Française de Cardiologie par P. Soulié, M. Degeorges, J. Acar et J. Forman (79) et en 1964, au IV^e Congrès Européen de Cardiologie de Prague, nous pouvions faire état avec F. Joly, J. Carlotti et C. Dubost de 22 observations [80]

En 1965, [81], en 1967 [82], indications et résultats de la chirurgie de l'I.A. étaient rapportés. A l'époque, cette chirurgie était considérée comme une thérapeutique de survie et ses indications étaient limitées aux malades dont le pronostic vital était en jeu à brève échéance.

A Créteil, puis à Tenon, les problèmes inhérents à la chirurgie des maladies valvulaires sont restés l'un de nos grands pôles d'intérêt.

Les patients opérés d'une valvulopathie par remplacement prothétique ou procédure conservatrice ont été régulièrement suivis et les résultats à court, moyen et long terme (10, 15, 20 ans après l'opération), analysés en collaboration avec P. Ducimetière (Unité de Recherches statistiques de l'INSERM).

Dans l'I.A.C., le rôle majeur de la dysfonction myocardique dans les causes d'échecs tardifs des remplacements valvulaires prothétiques a été démontré dès 1973. Cette donnée apparaît clairement dans le travail princeps de P. Luxereau et al [83], dans les différentes publications du service [83 – 98] et dans deux excellentes thèses : celle de F Duron (1973) « Facteurs de risque et causes d'échecs tardifs dans la chirurgie de remplacement valvulaire ; à propos de 270 observations » et celle de A. Vahanian (1978). « La dysfonction myocardique dans l'insuffisance aortique chronique à propos de 88 cas opérés ». La survie actuarielle à 10 ans des opérés dans les années 70 était inférieure à 50 %. Le service a été ainsi l'un des premiers à souligner l'importance de ce facteur dans le pronostic des I.A.C. opérées à un stade symptomatique ;

Ces dysfonctions myocardiques sévères, irréversibles sont la conséquence d'interventions trop tardives, à un stade évolué de la cardiopathie. Elles étaient en grande part prévisibles pour ce type de patients en période préopératoire quand étaient constatés certains indicateurs prenant en compte le degré d'insuffisance cardiaque, de cardiomégalie radiologique (valeur péjorative d'un rapport cardiothoracique ≥ 0.58), de dilatation et de dysfonction systolique du ventricule gauche (sévérité d'un VTD indexé ≥ 240 ml/m² et d'une FE < 0.40).

Il est à noter qu'une étude ultrastructurale du myocarde ventriculaire gauche effectuée sur biopsies peropératoires de 24 sujets porteurs de cardiopathies valvulaires (dont 18 aortiques) a montré à G. Chomette et al une corrélation avec les données cliniques et hémodynamiques [86, 87].

Ce n'est que dans des cas très rares que l'altération des fonctions myocardiques est la conséquence non de l'évolution naturelle de la valvulopathie mais d'une mauvaise protection myocardique lors de la circulation extracorporelle [95].

La prise en compte de ce risque de détérioration myocardique irréversible nous a conduit à proposer des interventions plus précoces dans l'I.A.C. chez des patients a ou pauci symptomatiques [83, 88, 90, 99, 121 et thèses F. Duron et A. Vahanian]. Les premières séries mondiales d'I.A.C. opérées à un stade a ou pauci symptomatique ont été publiées en France en 1986, à Paris, dans le service, par B. Cormier et al [Thèse B. Cormier 1985 et 100] et à Lyon par A. Tissot et al (service Pr J.P. Delahaye).

Ainsi ont été mis en évidence le très faible risque opératoire, d'excellents résultats 8 ans après l'intervention avec, point important, une réversibilité de la dysfonction ventriculaire gauche qui avait été le principal motif de l'intervention.

Plus récemment (1995 – 1996), avec P.L. Michel, à partir de populations d'opérés à des stades moins avancés que dans les années 70, ont été de nouveau évalués les effets de la dysfonction systolique du ventricule gauche sur la survie post opératoire à long terme des patients avec insuffisance aortique ou mitrale [101]. ainsi que les conséquences qui pouvaient en être tirées pour les indications opératoires [102]. Il faut noter qu'en raison d'interventions plus précoces, les résultats s'étaient améliorés avec le temps. Une excellente mise au point pouvait être trouvée dans le chapitre sur l'I.A. rédigé en 2000 par P. Luxereau et P.L. Michel (Cardiopathies valvulaires acquises, 2^{ème} ed. Flammarion J. Acar et C. Acar, ch.13 : 224).

Le rétrécissement aortique (R.A.) et la « maladie aortique » (M.A.) acquis

Des études semblables ont été menées chez les opérés de rétrécissement aortique et de maladie aortique acquis. [91, 93, 94, 98, 103-106] . La plus grande série était publiée en 1988 par B. Cormier et al. Elle analysait un lot de 675 patients (âge moyen 60 ± 11 ans) opérés par prothèse mécanique (2/3 des cas) ou biologique (1/3 des cas) avec pontage aorto coronarien dans 11 % des cas. (106)

Plusieurs points, mal connus à cette époque ont été mis en évidence :

- 1- malgré un âge plus avancé, toutes autres conditions égales, les patients opérés de R.A. avaient par rapport aux opérés d'I.A.C. à un stade symptomatique, de meilleures survie tardive et récupération fonctionnelle. Cela tenait en grande part à la réversibilité plus fréquente de la dysfonction myocardique après levée de l'obstacle orificiel ; l'incidence des dysfonctions graves et irréversibles du ventricule gauche s'avérait trois fois moins élevée que chez les patients avec I.A.C. A cet égard, les opérés de M.A. avaient une évolution postopératoire plus proche des R.A. que des I.A.C.

2- les facteurs de prévision préopératoire des résultats éloignés (létalité, dysfonction myocardique) étaient pour la plupart corrélés au stade évolutif de la cardiopathie (classe fonctionnelle selon la NYHA, existence et degré des signes cliniques d'insuffisance cardiaque, degré de cardiomégalie radiologique) mais ils tenaient aussi à l'âge, à l'hyperexcitabilité myocardique et à la coexistence ou non d'une maladie coronarienne.

Ces résultats conduisaient ainsi dans ce type de valvulopathie à des indications opératoires larges, même à des stades avancés, la prévisibilité des résultats chirurgicaux, étant moins bonne que dans les IAC symptomatiques et pouvant réserver d'heureuses surprises. Sauf dans les cas les plus évolués, aucun facteur pronostique ne permettait de prévoir individuellement avec certitude le succès ou l'échec de la chirurgie.

Un aspect particulier de cette chirurgie du RA a été étudié, plus spécialement par P. Luxereau et B. lung, les formes associées à une maladie coronarienne nécessitant une revascularisation.

En 1979, de deux études de remplacement valvulaire aortique avec ou sans pontage aortocoronarien, l'une tirée du service [107], l'autre d'un travail coopératif français [108], Luxereau et al concluaient que la pathologie coronarienne était source fréquente d'échecs dans le lot des coronariens non pontés, mais que à l'inverse, l'évolution des opérés pontés à 5 ans rejoignait celle du lot des non coronariens, en ce qui concerne survie, état fonctionnel et complications.

En 1993, B. lung et al [109] ont analysé le pronostic des R.A opérés avec ou sans lésions coronariennes associées. Deux groupes de patients (122/123 cas) opérés de R.A. avec ou sans pontage aortocoronarien étaient appariés selon cinq variables pronostiques (âge, classe fonctionnelle, sexe, date de la chirurgie et fraction d'éjection du ventricule gauche). Il apparaissait qu'une chirurgie mixte (R.A.C. + coronaires) aggravait le risque opératoire mais était compatible avec de bons résultats tardifs (évolution maximale suivie 7 ans ½) sans surmortalité mais avec une morbidité un peu plus élevée que dans l'autre groupe.

L'insuffisance mitrale chronique (I.M.C.)

Dans un premier temps, ont été recherchés les facteurs de prévision des résultats opératoires ; M. Enriquez Sarano dans sa thèse (1980) grâce à une série d'études menées dans le service a parfaitement montré la responsabilité majeure de la dysfonction myocardique dans les causes d'échecs postopératoires et les renseignements pronostiques qu'on pouvait tirer du degré de dilatation et de dysfonction du ventricule gauche, évalué à l'époque par la cinéangiographie. [Thèse M. Enriquez Sarano : l'angiographie ventriculaire gauche quantitative dans les valvulopathies mitrales. 1980. (Thèse P. Rossant, 1984, sur les résultats de la chirurgie de l'I.M.C., [110, - 114].

En 1990, P.L. Michel et al, à partir d'une étude statistique, uni et multifactorielle de 247 opérés d'insuffisance mitrale pure, non ischémique ont souligné que deux facteurs avaient une influence majeure sur la survenue d'une dysfonction ventriculaire gauche : la fraction d'éjection préopératoire et le type de chirurgie (prothèse ou plastie) [115].

En 1991, le même auteur a analysé les résultats à long terme de 155 patients opérés par plastie d'une insuffisance mitrale pure non ischémique [116], étude complétée par deux communications aux 14^e et 16^e congrès de l'E.S.C. [117, 118]. En dépit de certaines complications (évolution progressive possible vers une sténose mitrale ; apparition en période postopératoire dans quelques cas d'une insuffisance aortique discrète, détection de thrombi auriculaires gauches), la chirurgie conservatrice s'avérait bénéfique. (mortalité opératoire 1.3 %, à 11,5 ans, 84.5 % de survie et 64.5 % de bons résultats fonctionnels).

De ces travaux, s'est dégagé l'intérêt d'une chirurgie conservatrice précoce chez des patients a ou pauci symptomatiques, quand certains critères étaient réunis : âge < 75 ans. régurgitation volumineuse chronique non ischémique, possibilité d'une chirurgie réparatrice à faibles risques et probabilité de bons résultats éloignés ; cela supposait que soient pris en compte, l'expérience de l'équipe chirurgicale, l'étiologie de l'I.M., le type de lésions anatomiques analysées par l'E.T.O.. Une chirurgie paraissait d'autant plus à envisager que la régurgitation pouvait être corrigée par un geste conservateur simple. Tel était souvent cas dans les ruptures ou élongations de cordages d'origine dégénérative de la petite valve mitrale. Dans ce contexte, il était souhaitable d'opérer avant la survenue d'une fibrillation auriculaire, d'une forte cardiomégalie (rapport c/thoracique radiologique > 0.60), d'une dilatation importante du VG (VTDI > 200 ml/m²), d'une altération de la fonction systolique du VG (FE < 0.55) et d'une forte dilatation de l'oreillette gauche. J'ai proposé ce type d'indication opératoire dès 1991-1992 avec P.L. Michel, P. Luxereau, A. Vahanian, B. Cormier et E. Dadez [119 – 122].

Un groupe bien particulier est celui de l'I.M. des sujets âgés (de plus de 70 ans). La série analysée par P.L. Michel et al [123, 124] et la thèse B. Blanchard 1990, « l'I.M. du sujet âgé » montraient que :

- 1- la majorité de ces régurgitations étaient d'origine dégénérative dues à une rupture de cordage de la petite valve
- 2- le risque d'une chirurgie conservatrice était raisonnable et les résultats à moyen terme satisfaisants , le contrôle par échoDoppler précisant que dans 85 % des cas l'I.M.ésiduelle était absente ou mineure. Notons que 90 % de ces patients étaient lors de l'intervention en classe fonctionnelle III ou IV.

Rétrécissement mitral : la commissurotomie chirurgicale

De 1948 à 1984, ce fût l'ère de la commissurotomie chirurgicale, d'abord à cœur fermé (C.C.F.) puis à cœur ouvert (C.C.O.)

A Broussais, j'ai participé à plusieurs études sur la C.C.F., chez l'enfant (125) avec P. Soulié, J. Nouaille, P. Lucet et N. Azerad, au cours de la grossesse [126] avec P. Soulié, M. Degeorges et A. Barrillon et dans les cas de rétrécissements mitraux [127] récidivants avec M. Degeorges, F. Joly et R. Lainée. Les résultats éloignés de la C.M.F. ont été parfaitement analysés par R. Lainée en 1962 à propos de 200 cas (thèse R. Lainée 1962 et 128, 129).

Dans un deuxième temps, la supériorité de la C.C.O. par rapport à la C.C.F. a été prouvée par l'échographie en 1980 par D. Grimberg, P. Signoret et al [130] puis Y. Louvard (thèse analysant 168 interventions C.C.O/C.C.F.) et en 1984 par M. Enriquez Sarano, Y. Louvard et al [131].

Les polyvalvulopathies et les maladies de la valve tricuspide

Les polyvalvulopathies et les maladies de la valve tricuspide ont des indications opératoires difficiles à codifier, chaque patient posant des problèmes particuliers.

La commissurotomie pour rétrécissement tricuspdien

La commissurotomie pour rétrécissement tricuspdien a été le sujet de thèse de M. Rocache (1967, service du Pr. Soulié) et d'une étude de D. Colonna (†) et al [132]. Ces auteurs ont insisté sur la nécessité d'une commissurotomie incomplète, n'ouvrant que deux commissures, pour éviter une régurgitation massive.

L'insuffisance tricuspdiennne

Les modalités de correction de l'insuffisance tricuspdiennne (I.T.) et les indications opératoires ont été analysées en 1970 par J. Acar et al [133] en 1975, par E. Farah et al [134] et dans les thèses de D. Dahan (1975) et P. Laloge (†) (1978)

Etaients soulignés :

- 1- la nécessité d'une correction de l'I.T. lorsque les signes cliniques périphériques ne régresaient pas malgré le traitement médical chez les patients devant être opérés d'une valvulopathie mitrale.
- 2- L'intérêt d'une chirurgie conservatrice de la valve tricuspide (plastie semi circulaire ou anneau) donnant de bons résultats à court ou moyen terme (thèse P. Laloge).
- 3- L'intérêt de cette méthode dans les cas d'I.T. traumatique, dont une observation était rapportée par V. Roger et al [135].

- 4- La possibilité de fausses I.T. après remplacement tricuspideen par une valve mécanique, tenant à la cinétique de la prothèse en systole [134].

Les triples gestes correcteurs des valves mitrale, aortique et tricuspideenne

Ils sont devenus rares en France en raison de la régression des valvulopathies rhumatismales. Cette pathologie a bénéficié des progrès de la chirurgie cardiaque, des techniques de protection myocardique et de la réanimation post opératoire. Dans les années 75-80, elle n'était pas exceptionnelle. Elle a été étudiée dans le service par J. Dewilde (thèse 1977 sur les triples réparations valvulaires) par A. Piekarski (thèse 1979 sur les triples remplacements valvulaires) et par P.L. Michel et al en 1987 (la triple chirurgie, résultats chez 78 patients).

Les résultats de ces séries et la revue de littérature ont été exposés dans plusieurs articles ou communications [136 – 138] ainsi que dans des mises au point sur les polyvalvulopathies (Cardiopathies valvulaires acquises, Paris, Flammarion Science 1^{er} ed. J. Acar, 1985, J. Dewilde, A. Piekarski, ch 23 p 416 et 2^{ème} ed. (J. Acar et C. Acar) 2000, G. Hanania, J.P. Maroni et M. Tordjman ; ch 16 p 263).

L'insuffisance mitrale associée à une valvulopathie aortique

A une période où l'on ne disposait pas d'échocardiographie, l'attitude à suivre vis-à-vis d'une insuffisance mitrale associée à une valvulopathie aortique chirurgicale prêtait à discussion.

La thèse de P. Lemant (1968), la publication d'observations avec régression de l'I.M. estimée organique par le chirurgien, après correction de la valvulopathie aortique (habituellement du type R.A.) amenaient à penser que ces régurgitations comportaient une part importante fonctionnelle réversible, proportionnelle au degré d'hypertension systolique du ventricule gauche [207 avec P. Lemant, J. Fanjoux et D. Grimberg]. Une chirurgie monovalvulaire aortique paraissait ainsi suffisante dans un certain nombre de cas.

Endocardite infectieuse et chirurgie

Il est maintenant acquis que la chirurgie valvulaire est une arme thérapeutique efficace dans l'endocardite infectieuse (E.I.). Elle s'avère nécessaire soit pendant la phase active de l'endocardite, soit après guérison bactériologique à court ou moyen terme, chez plus de la moitié des patients.

De 1966 à 1968

En 1966 avec C. Cabrol, F. Cartier et A. Fouchard, nous avons rapporté le 2^{ème} cas mondial de guérison par pose d'une prothèse d'une E.I. en évolution avec insuffisance aortique [139], moins d'un an après la publication du 1^{er} cas par A.G. Wallace et al . En 1968, à l'occasion d'une nouvelle série, la chirurgie de l'insuffisance aortique au cours de l'E.I. en évolution a fait l'objet d'une communication avec J. Chabbert , J.F. Acar et al au Vè Congrès européen de Cardiologie (Athènes, 9 septembre) [140]

De 1968 à 1978

Des observations inhabituelles d'E.I. ont été publiées :

- E.I. tricuspидienne post partum à streptocoque opérée par Valve de Starr avec L. Antebi et al [141],
- Endocardite à candida sur prothèse mitrale avec C. Cabrol et al [142].
- E.I. compliquée de communication interventriculaire avec Y. Chestier (†) (thèse 1975) et [143]. avec A. Duval et al
- E.I. à hémocultures négatives sur prothèse mitrale avec J. Dewilde et al. [144].

Depuis 1978

Plusieurs travaux d'ensemble ont fait le point sur l'expérience du service.

1979 , P. Leroy : les résultats éloignés dans la chirurgie de l'E.I.. Thèse P. Leroy (1978) et [145] avec J. Dewilde , J.C. Lulé, J. Genuyt, E. Godborge

1982 : A. Vahanian : les E.I. chez les porteurs de prothèses valvulaires (22 cas sur un lot de 1228 remplacements valvulaires) [146] avec J.F. Prost, C. Richard, J. Dewilde et al.

1994 : P.L. Michel : le traitement des insuffisances mitrales infectieuses [147] avec B. Lung, F. Drissi, E. Dadez et al.

1995 : les risques d'E.I. selon la cardiopathie native par P.L. Michel et J. Acar [148].

Dans les années 1976-1995, ont été discutées les indications opératoires dans les E.I. avec en particulier P.L. Michel et J.P. Laborde (date, modalités opératoires, résultats) [149 – 153].

Deux conclusions, entre autres, pouvaient être tirées de ces publications :

Dans l'insuffisance aortique aiguë sévère, où l'indication opératoire est courante, à côté des cas où une chirurgie rapide voire urgente s'impose, les problèmes les plus difficiles concernent les patients dont l'insuffisance cardiaque a été transitoire et dont l'hémodynamique s'est stabilisée : à

quelle date opérer ? Nous avons apporté avec P.L. Michel des arguments en faveur d'une chirurgie précoce après une période d'antibiothérapie n'excédant pas deux semaines [150 – 152].

Dans l'insuffisance mitrale infectieuse en évolution, si une indication opératoire est portée, la chirurgie conservatrice, réalisable dans les trois quarts des cas, [cf C. Acar et M. Tapia in Card Valvulaires Acquises, J. Acar et C. Acar, 2è édité. 2000, Médecine Sciences Flammarion] donne souvent d'excellents résultats [147, 152, -155]. La série rapportée par P.L. Michel était l'une des premières en date dans la littérature après la publication originale de G. Dreyfus et al (1990).

Les troubles du rythme et de la conduction chez les opérés par remplacement valvulaire

Ils ont fait l'objet de plusieurs publications.

En 1971 : les modifications électrocardiographiques dans les suites de la chirurgie sous circulation extracorporelle pour remplacement valvulaire avec G. Hanania et al. [156].

En 1977-1979 : les troubles de conduction auriculoventriculaires et intraventriculaires après remplacement valvulaire aortique (Thèse J. F. Fournial, 1977) ou mitral (Thèse D. Brodaty, 1978) [157-159].

De ces études ressortaient plusieurs points :

- 1- la grande fréquence des troubles conductifs en période postopératoire
- 2- les types de troubles conductifs observés : rarement des BAV complets, mais habituellement des HBAG ou des BBG
- 3- la réversibilité de ces troubles de conduction dans la moitié des cas, dans les trois semaines suivant l'intervention
- 4- un pronostic favorable à long terme
- 5- une étiopathogénie qui paraissait de façon prédominante traumatique chez les aortiques et anoxique chez les mitraux.

En 1982, J. Sergent a analysé dans sa thèse les troubles de conduction auriculoventriculaires conduisant à la mise en place d'un pace maker après chirurgie sous CEC, ce groupe représentant 3 % des opérés. L'appareillage était précoce chez la majorité des aortiques et des mitrotricuspidiens et tardif chez les mitraux purs. Deux facteurs prédisposants étaient relevés chez les aortiques : des calcifications massives des valves et de l'anneau s'étendant parfois dans le septum et un bloc de branche gauche préopératoire.

L'hyperexcitabilité ventriculaire chez les aortiques en pré et postopératoire

L'hyperexcitabilité ventriculaire chez les aortiques avant et après l'intervention a été étudiée à partir de 1982 par P.L. Michel (thèse) et [160 et 161] et en 1992 par le même auteur avec O. Mandagout (thèse), A. Vahanian et al [162].

Les troubles rythmiques étaient enregistrés par un Holter avant (374 patients sans maladie coronarienne) 2 semaines et 18 mois après chirurgie de prothèse aortique (98 patients). Les arythmies étaient répertoriées selon Lown et corrélées aux données cliniques, échocardiographiques et hémodynamiques.

Ces études ont montré, dans les valvulopathies aortiques chirurgicales (194 R.A., 103 I.A., 77 M.A.), la très grande fréquence de l'extrasystolie ventriculaire (88 % des cas) sans rapport avec le type ou la sévérité des lésions valvulaires ; chez les patients avec arythmie ventriculaire sévère (cl. 3-4 Lown , 36 % des cas), des corrélations étaient trouvées avec la masse myocardique du VG, l'hypertrophie septale, l'altération de la fonction systolique du VG (F.éj) et en cas d'I.A., le volume télédiastolique et le diamètre télésystolique du VG.

En période postopératoire, la fréquence et la sévérité des arythmies augmentaient sans corrélations avec les données préopératoires ou postopératoires ; 18 mois plus tard, les troubles rythmiques diminuaient de fréquence mais il persistait un groupe avec arythmie sévère corrélée à la dysfonction du VG.

La fréquence des arythmies ventriculaires était ainsi influencée par les conséquences des lésions valvulaires sur le ventricule gauche. Le groupe des patients avec sévère arythmie préopératoire avait un taux actuariel de survie à 8 ans significativement plus bas que le groupe exempt de ces anomalies.

Les prothèses valvulaires

Les prothèses valvulaires ont depuis l'année 1960 bouleversé l'histoire naturelle des valvulopathies tout en créant une nouvelle pathologie. Elles ont tenu une large place dans une lecture donnée en 1995 à la SFC sur « Un demi siècle de chirurgie cardiaque valvulaire [163]. De nombreuses études leur ont été consacrées dans le service, portant sur des sujets divers :

Les types de prothèses

Les valves de Starr à bille en silastène ou à bille métallique avec H. Jallut, M. Rocache, E. Arié, P. Pouget [163-165 et thèse P. Calmettes « La prothèse de Starr-Edwards 2 400 » (1978). Les prothèses à bille métallique ont été rapidement abandonnées (usure du tissu de revêtement, hémolyse, mauvaises fonctions hémodynamiques). Par contre, les valves à bille de silastène, modifiées en 1966, donnaient dans notre expérience [163], 52 % de survie à 15 ans et 32 % à 20

ans en position aortique avec des taux un peu inférieurs en position mitrale. Les valves de Björk monostrut aortiques avec P. Canivet (thèse 1989 et [166]) avec B. Vitoux et al donnaient d'excellents résultats à moyen terme sans toutefois mettre à l'abri du risque thromboembolique.

Les valves biologiques de Ionescu Shiley ont donné de grands espoirs, A. Vahanian, M. Enriquez Sarano, P. Luxereau et al. ont montré leur excellente performance hémodynamique même dans les petits modèles et la bonne adaptation de la surface orificielle effective à l'augmentation du flux sous isoproterenol [167 – 168]. P.L. Michel, R. Kassab, A. Vahanian et al, en 1986, notaient dans une expérience préliminaire de remplacements valvulaires aortiques, de bons résultats à court terme mais un taux préoccupant de souffles diastoliques [169]. Quelques années plus tard, (1991), les mêmes auteurs comparant deux types d'hétérogreffes péricardiques, les valves de Ionescu Shiley et les valves Mitroflow soulignaient la fréquence des dysfonctions primaires de ces deux bioprothèses [170] qui ont été abandonnées malgré leurs excellentes performances hémodynamiques [167-168 et 171].

Le choix d'une prothèse, selon son siège, selon l'âge du patient a été discuté dans plusieurs communications [172, 173].

Les complications prothétiques

Elles conditionnent en partie le pronostic des opérés par remplacement valvulaire et, à ce titre, ont été envisagées dans les chapitres précédents. Certaines ont été l'objet d'études plus spécifiques :

- Les désinsertions ou autres causes de régurgitation sur valves de Starr aortique avec J. Raimbeau, R. Lainée et al. [174].
- L'hémolyse intravasculaire des prothèses valvulaires. Etude de 136 cas avec R. Lainée, E. Arié, A. Bernadou et al [175] et P. Vernant, J.P. Bayard et al [176].
- L'évolution sténosante des hétérogreffes en position aortique ou mitrale, avec A. Carpentier, G. Chomette et al [177].
- Les dysfonctions primaires des hétérogreffes porcines [thèse J.M. Boucher, 1990]
- La signification d'un angor ou d'un infarctus après remplacement valvulaire avec P. Luxereau , J. Fanjoux, P. Baledent et J. Dewilde [178].

Les réinterventions chez les porteurs de prothèses

- Indications et résultats chez les opérés de prothèses mitrales et aortiques avec F. Duron et al [179] et avec A. Boubaker et al [180].

- Le pronostic chez les patients opérés pour dysfonction d'une bioprothèse avec O. Nallet, V. Roger, P.L. Michel et al [181] et thèse O. Nallet (1991). Cette étude de 75 cas plaidait pour des réinterventions plus précoces avant l'apparition d'une dysfonction myocardique sévère.

Les complications thromboemboliques (T.E.) et hémorragiques (H) chez les porteurs de valves suivant un traitement par les antivitamines K.

Ce thème a été particulièrement étudié par E. Farah, P.L. Michel, A. Vahanian avec la collaboration de M. Samama et de son équipe. Une étude très complète d'une série de 376 porteurs de prothèse suivis en moyenne 3.8 ans a été publiée en 1976 et 1977 avec H. Sancho (INSERM) A. Vahanian et O. De Puyfontaine [182, 183].

Ont été précisés la fréquence des accidents T.E. et H, leur gravité, les facteurs favorisants (type de valvulopathie, de prothèse, troubles du rythme, qualité du traitement anticoagulant). Accidents T.E. et H étaient responsables du quart des décès tardifs.

La fréquence, la gravité de certaines complications H. étaient soulignées ainsi que le rôle néfaste d'un traitement anticoagulant au long cours mal équilibré. Ces complications ont par la suite été analysées dans de nombreux articles [52-55 et 184-194]. Un aspect particulier a été développé (192) : les embolies récurrentes chez les porteurs de prothèses. Étaient soulignées la fréquence des récives, les trajets préférentiels des embols (même localisation des récives dans 45 % des cas), leur sévérité (30 – 40 % de décès ou d'invalidité), les facteurs favorisants (prothèse mitrale, fibrillation auriculaire, grosse oreillette gauche et surtout mauvaise qualité du traitement anticoagulant).

L'un des sujets les plus controversés était le choix du traitement optimum par les antivitamines K, à la fois le plus efficace dans la prévention des accidents T.E. et le moins dangereux en terme d'hémorragies. Les études jusque là publiées étaient pour la plupart rétrospectives et sans contrôle précis de l'anticoagulation. Aucun des trois seuls essais prospectifs connus à cette période (1986-1991) ne réunissait les conditions requises pour des conclusions fiables :

- étude randomisée à deux niveaux d'anticoagulation conventionnelle ou modérée.
- puissance statistique suffisante
- population homogène avec seulement une ou deux prothèses, chaque valve ayant son propre pouvoir thrombogénique
- données biologiques exprimées en I.N.R.
- analyse prenant en compte les différences entre les valeurs souhaitées d'I.N.R. et celles réellement obtenues.

Ces observations ont été à l'origine de l'étude A.R.E.V.A débutée en 1991 et publiée en 1996 (J. Acar, B. Lung, J.P. Boissel, M.M. Samama, P.L. Michel, J.P. Teppe et al) [195]

Il s'agit d'une étude multicentrique française prospective de 380 patients ayant eu un remplacement monovalvulaire, essentiellement aortique par une prothèse de Saint Jude ou plus rarement une Omniscience. Le modèle de prothèse était randomisé ainsi que le type d'anticoagulation (acenocoumarol), modérée (INR 2-3) ou conventionnelle (INR 3-4). Pour des raisons d'éthique, seuls les patients sans risque majeur thromboembolique étaient inclus. La totalité des 18 000 INR a été analysée pour comparer l'anticoagulation effective à celle allouée. Cette enquête a montré que chez des malades sélectionnés avec prothèses mécaniques, la valve de Saint Jude étant l'une des plus utilisées, une anticoagulation modérée était à conseiller car elle prévenait les accidents TE aussi efficacement que l'anticoagulation conventionnelle et réduisait l'incidence des accidents hémorragiques de façon significative. Cette nouvelle démarche thérapeutique a reçu, depuis, l'approbation de la communauté cardiologique.

Les facteurs du pronostic postopératoire chez les opérés par prothèse

Ils ont été envisagés dans le chapitre « Chirurgie cardiaque , valvulopathies » mais certains points méritent d'être rappelés.

L'évolution hémodynamique

L'évolution hémodynamique après remplacement valvulaire par prothèse et l'intérêt pronostique de certains paramètres préopératoires ont été le sujet de thèse de J. Carlet (1975) et de publications avec P. Luxereau, J. Carlet, F. Herreman, G. Lutfalla et al [196-197].

Ont été notées :

- la rapidité de l'amélioration hémodynamique chez les aortiques, la réversibilité des grandes hypertensions artérielles pulmonaires chez les mitraux, donnée à rapprocher de cette déjà connue dans le rétrécissement mitral après commissurotomie [128-129].
- la variabilité d'évolution des indices de contractilité, la fraction d'éjection préopératoire du V.G. s'avérant l'un des meilleurs critères pronostiques de l'évolution à long terme.

L'incidence de l'insuffisance cardiaque

L'incidence de l'insuffisance cardiaque dans les indications et résultats des remplacements valvulaires a été soulignée dans les chapitres précédents et envisagée de façon plus spécifique dans plusieurs articles [96, 198, 199].

L'incidence de l'âge

L'incidence de l'âge sur les indications et les résultats des remplacements valvulaires a été analysée régulièrement en fonction de la période de l'acte opératoire et du type de valvulopathie. P. Luxereau puis A. Vahanian , P.L. Michel se sont spécialement attachés à ces problèmes.

Chez les aortiques , à côté d'études d'ensemble des remplacements valvulaires [85, 105] des catégories particulières de patients ont été étudiées.

- sujets de plus de 60 ans [201, 1973], de plus de 65 ans [202, 1981], de plus de 75 ans [206, 1989]
- patients opérés de RAC [104, 203 , 206 , 208, 209]

Chez les mitraux, une communication a été consacrée [200] au remplacement valvulaire après 65 ans ainsi que la thèse de A. Ettner (1982). Les indications opératoires ont tenu compte du profil de la valvulopathie chez le sujet âgé : thèse B. Blanchard, 1990 sur l'insuffisance mitrale du sujet âgé et mémoire de M. Habis en 1991 sur le rétrécissement mitral calcifié après 70 ans.

Dans les deux types de valvulopathies, aortiques ou mitrales, les avantages et inconvénients des bioprothèses et des valves mécaniques ont été discutés [172, 173]

En définitive, l'âge s'est avéré être un facteur de risque opératoire indépendant mais les indications chirurgicales dans les années 80-95 ne s'en sont pas moins étendues au delà de 75 ans et parfois de 80 ans au prix souvent d'une chirurgie mixte valvulaire et coronarienne.

L'incidence de l'insuffisance ventilatoire chronique

L'incidence de l'insuffisance ventilatoire chronique sur les indications et résultats de la chirurgie de remplacement valvulaire a été analysée avec R. Lainée, C . Cabrol, C. Sors et al en 1975 [210].

Enquêtes coopératives

Le service a également participé à des enquêtes coopératives menées par d'autres centres cardiologiques sur des thèmes particuliers des prothèses valvulaires.

Avec J. Bensaid et al. :

En 1975, les résultats au delà de 5 ans du remplacement monovalvulaire mitral et aortique par une prothèse à bille [211]

En 1979, les risques et résultats éloignés du remplacement monovalvulaire tricuspide par une prothèse à bille ou à disque [212].

En 1983, les désinsertions itératives des prothèses aortiques regroupant 22 observations [213].

En 2000, J. Bensaid a fait une mise au point très complète sur les résultats de la chirurgie de remplacement valvulaire par prothèses [in Cardiopathies valvulaires acquises, 2^{ème} édit. J. Acar et C. Acar, Paris 2000, Flammarion Médecine Sciences]

Avec C. Cabrol et al. en 1979 : Les risques et résultats à moyen terme du remplacement valvulaire aortique pour sténose aortique calcifiée chez 100 sujets de plus de 70 ans [214].

Avec C. Lelguen et al. en 1979 : Les thromboses tardives sur prothèses mitrales . A propos de 27 observations [215]

Avec G. Hanania et al. en 1999 : Les grossesses chez les porteurs de prothèses valvulaires [216]. Cette étude a précisé les facteurs de risques thromboemboliques et hémorragiques et la conduite thérapeutique à tenir sur de tels terrains.

Les méthodes de surveillance des porteurs de prothèse

Les méthodes de surveillance des porteurs de prothèse, qu'elles soient cliniques, phonomécanographiques, échocardiographiques ou radiologiques ont été analysées dans diverses publications [217 – 219] avec en particulier D. Grimberg, F. Duron, P. Luxereau, N. Vasile et P. Pouget et la thèse de V. Aerts, 1979 : « Valeur du radiocinéma de valves dans le dépistage des principales complications des prothèses valvulaires intracardiaques ».

Des mises au point pouvaient être trouvées dans :

« Cardiopathies valvulaires acquises » , Médecine Sciences Flammarion

1^{ère} ed. J. Acar , 1985.

- M. Roux, Surveillance postopératoire précoce, ch. 34
- H. Jallut et J. Cassagnes, Surveillance des porteurs de prothèses, ch. 34
- A. Piekarski, M. Enriquez Sarano et J.A. Simon, Phonomécanographie et échographie, ch. 7.

2^{ème} ed. J. Acar et C. Acar, 2000 :

- H. Lardoux et M. Pezzano, Echographie des prothèses valvulaires, ch. 38

Dans les suites opératoires des remplacements valvulaires mitraux, grâce à l'échographie transoesophagienne, la présence fréquente de petits échos anormaux sur la prothèse a été montrée en 1992, 1993 par E. Dadez et B. Lung [220, 221] et leur signification précisée (Corrélation de ces échos, répondant vraisemblablement à des **filaments de fibrine, avec les manifestations thromboemboliques**).

Les valvuloplasties percutanées

Elles ont tenu une grande place dans le service à partir de 1986.

La valvuloplastie mitrale percutanée (V.M.P.)

La valvuloplastie mitrale percutanée a été introduite par K. Inoué en 1984 (Japon) suivi par J.I. Locke en 1985 (U.S.A.). C'est en mars 1986 que fut réalisée dans le service par A. Vahanian la première V.M.P. européenne. En mai 1986 [222], puis en novembre 1986 [223] étaient publiées les premières observations françaises. Ainsi apparaissait une nouvelle thérapeutique du rétrécissement mitral [224].

De 1986 à 1996, la méthode grâce à A. Vahanian et aux équipes d'hémodynamique (P.L. Michel et al) et d'échocardiographie (B. Cormier et al) a pris une extension considérable et a donné lieu à de nombreuses publications [223-246].

Tous les aspects de la V.M.P. ont été envisagés : procédures, résultats et indications dans les diverses variétés de sténose mitrale, selon l'état des valves, de l'appareil sous valvulaire, des commissures, de l'existence ou non de thrombus dans l'oreillette gauche, chez les patients ayant déjà eu une commissurotomie chirurgicale, chez les sujets âgés, chez la femme enceinte. Les mécanismes de la V.M.P. ont été bien montrés (commissurotomie) grâce aux ultrasons, les évaluations hémodynamiques et échocardiographiques précisées, les contre indications analysées, ainsi que les complications de la méthode, rares dans des mains expérimentées mais toujours possibles.

En 1994, un chapitre très complet sur la V.M.P., l'Expérience Française faisait le point sur la question (textbook of Interventional Cardiology de E.J. Topol , 2^{ème} éd.) [241]. Dès cette date, se posait le problème des indications restantes de la commissurotomie chirurgicale à cœur ouvert par rapport à la V.M.P. [242].

En 1996, B. lung pouvait faire état de 1514 patients traités par V.M.P. [247]. Précisons que plusieurs thèses ont été consacrées à la V.M.P :

- P. Cheung (1987), la commissurotomie mitrale percutanée : à propos de 26 cas,
- R. Dorent (1989), la commissurotomie mitrale percutanée pour resténose mitrale après commissurotomie chirurgicale,
- S. Ledoux, (1992) : modifications hormonales induites par la V.M.P. dans le rétrécissement mitral serré.
- J.M. Porte (1992) : intérêt de l'échographie transoesophagienne dans le suivi des V.M.P.

Le service de cardiologie de Tenon, déjà centre de référence des valvulopathies en France et en Europe a ainsi bénéficié d'un atout supplémentaire, un secteur de valvuloplasties percutanées

dirigé par A. Vahanian, l'un des premiers au monde par son expérience et la qualité des travaux qui en sont issus.

La valvuloplastie aortique percutanée

Elle a suscité beaucoup moins de publications car les résultats obtenus n'ont pas été à la hauteur de ceux espérés et très vite la procédure fut réservée à de rares indications.

- Thèse de H. Van Viet (1987)
- Travail coopératif rapporté par A. Cribier et al. [248]
- Travaux expérimentaux avec A. Vahanian, J. Guérinon et al [249, 250],
- Débat : valvuloplastie/chirurgie avec J. Acar et al [251]
- Mise au point par J. Acar et al, A. Vahanian et al [252]
- Résultats d'ensemble du service analysés et rapportés par M. Slama et al [253].

Les valvulopathies : sujets divers

Les guérisons par antibiothérapie d'endocardites à entérocoques étaient rares en 1953. Deux cas ont été rapportés, de succès par l'association Pénicilline / streptomycine après échec des autres antibiotiques par M. Morin et al [254].

- Une observation de rupture d'anévrisme d'un sinus de Valsalva par greffe bactérienne, inaugurée par un bloc auriculoventriculaire a été publiée par H. Jallut et al (1972) [255].
- Un cas de double homogreffe mitrale et tricuspidiennne pour endocardite bactérienne récurrente a été publié par C. Acar, B. Lung, B. Cormier et al (1994) [256]
- Un cas d'insuffisance mitrale massive secondaire à une rupture isolée d'un pilier siège d'un ancien infarctus, a été publié (1965) avec J. Vaysse, S. Gaudeau et M. Caramanian [257]
- La fibrose ischémique des piliers de la valve mitrale a été le sujet d'un article de P. Soulié, B. Morin et al (1966) [258]
- L'insuffisance mitrale aiguë a fait l'objet d'une mise au point (1995) [259]
- La mort subite au cours de valvulopathies a été analysés par J.M. Jaïs, P. Luxereau et J. Acar (1980) [260]
- Les lésions valvulaires rhumastismales peuvent elles évoluer chez l'adulte ? A partir de documents cliniques anatomiques, le problème a été discuté par P. Soulié, J. Acar, P. Rolland et M. Caramanian (1965), [261].

- Les signes stéthacoustiques ont tenu longtemps une place considérable dans le bilan d'un patient atteint de valvulopathie. La variété mitrale du souffle systolique en écharpe a été commentée dans les Arch. Mal. Cœur en 1967 par P. Soulié, F. Joly, J. Carlotti, J. Acar et J. Valty [262].

PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE, A L'EXCLUSION DES VALVULOPATHIES

Pathologie péricardique

Les péricardites chroniques constrictives

Les péricardites chroniques constrictives ont fait l'objet de notre thèse [1956] et de plusieurs publications. Nous avons insisté, avec P. Soulié et P. Chiche, sur certains aspects, peu connus à cette époque, de l'affection [263 – 267] et thèse H. Rifai (1967) :

Les formes atypiques, incomplètes, latentes sans autre expression qu'un syndrome hémodynamique.

Les formes associées à une défaillance myocardique.

Les péricardites à évolution constrictive subaiguë.

Le syndrome hémodynamique, ses causes d'erreur, son devenir après péricardectomie.

Les possibilités thérapeutiques offertes par la chimiothérapie antituberculeuse et la date optimale de la péricardectomie dont les résultats ont été appréciés à partir de 95 observations.

Une observation originale de péricardite constrictive traitée par péricardectomie, secondaire à une polysérite évolutive compliquant une polyarthrite rhumatoïde a été publiée par F. Duron, J. Francon, J. Pontillard et al en 1967 [268]

Une observation inhabituelle de pneumopéricarde avec tamponade a été rapportée en 1961 avec J.J. Galey, P. Leborgne, P. Baledent [269].

La cardiomyopathie obstructive

C'est à P. Soulié et F. Joly qu'on doit en 1958, l'individualisation du syndrome hémodynamique de la cardiomyopathie obstructive.

En 1960, P. Joly, J. Carlotti, M. Degeorges et J. Acar ont rapporté au III^e Congrès Européen de Cardiologie à Rome les particularités des sténoses infundibulaires du ventricule gauche [270]

Depuis, plusieurs publications ont analysé l'affection dans certains de ses aspects :

- la fréquence et le type de l'insuffisance mitrale [271, 272]
- les problèmes posés par la coexistence d'une hypertension artérielle [273], thèse O. Moujikian]
- les indications des remplacements de la valve mitrale [272]
- la valeur considérable de la conjonction de certaines anomalies du carotidogramme, dans le dépistage de cette cardiopathie, travail réalisé avec D. Grimberg [274]
- la possibilité de complications bactériennes avec L. Guize (†) et al [274 bis].

Les cœurs pulmonaires

Dans le domaine des cœurs pulmonaires, nous nous sommes plus particulièrement intéressés aux formes thromboemboliques subaiguës ou chroniques. Leurs aspects cliniques, hémodynamiques, leur pronostic spontané et les possibilités thérapeutiques ont été exposés dans plusieurs travaux [275 – 279, thèse O. Puyfontaine].

La possibilité d'amélioration inattendue dans les formes subaiguës après thrombolytiques a été prouvée avec P. Chiche, M. Samama et O. De Puyfontaine, ces observations représentant la première série rapportée sur ce sujet dans la littérature.

L'apport de la chirurgie de désobstruction dans les formes chroniques a pu être montré à l'occasion de plusieurs cas avec étude pré et post opératoire, hémodynamique et angiographique, observations rapportées avec C. Cabrol, dont la contribution a été déterminante dans ce domaine. Les résultats à long terme de thromboendarterectomie chez ces patients avec obstruction chronique thrombotique des grosses artères pulmonaires ont pu être analysés par O. Nallet, E. Brizio, B. Lung et al. chez 9 patients en 1994 [280]

Certaines variétés rares, mais trompeuses de cœur pulmonaire, les formes néoplasiques ont fait l'objet d'études d'ensemble [thèse R. Benomar, 281] et de publications plus spécialement consacrées aux hépatomes sur cirrhose [thèse de Lavabre, et 282]

La pathologie coronarienne

L'infarctus myocardique aigu et les procédures de revascularisation

La thrombolyse

Les travaux expérimentaux de D. Collen à partir de 1981, sur l'activateur tissulaire de plasminogène (t-PA) ont été suivis d'essais sur l'application clinique de cet agent. Le service a

rapidement contribué à l'étude de ce thrombolytique en envoyant à la demande de M. Verstrate, l'un de ses responsables, A. Vahanian, participer au Groupe d'Etudes Coopératif Européen du rt-PA.

Par ses travaux, ses publications, ce groupe a largement été à l'origine de nos connaissances sur ce nouvel agent.

Dans le même temps, nous avons eu le privilège de travailler en étroite collaboration avec M. Samama et ses collaboratrices, J. Conard et M. Horellou (Laboratoire d'hémostase de l'Hôtel Dieu) ainsi qu'avec A. Combrisson et E. Verdy (Laboratoire de coagulation de Tenon).

En 1986-87, plusieurs études ont été consacrées aux thrombolytiques en particulier le rt-PA : Les applications cliniques dans l'I.M.A. du rt-PA avec A. Vahanian et al [283], des thrombolytiques avec J. Acar et al [284].

Les aspects biologiques avec M. Samama et al [285]. Les paramètres de la coagulation et de la fibrinolyse ont été analysés chez 37 patients recevant par randomisation rt-PA ou placebo. Les résultats obtenus étaient en accord avec les données observées in vitro par la même équipe : activité thrombolytique du t-PA élevée, supérieure à celle des UK mais activité fibrinogénolytique normale.

En 1988, nous avons avec R. Dorent, A. Vahanian et al [286, 287] rapporté l'expérience du service sur le risque hémorragique dans les traitements thrombolytiques par voie IV dans l'I.M.A. Les conclusions de cette étude portant sur 163 cas étaient les suivantes :

- 1- la thrombolyse est relativement sûre si les contre indications sont strictement respectées mais aucun agent ne met totalement à l'abri du risque hémorragique.
- 2- Les hémorragies sont très souvent localisées aux zones de ponction de la coronarographie
- 3- L'incidence des hémorragies au cours du traitement par le rt-PA est corrélée à la dose administrée qui devrait être estimée en fonction du poids. Aux doses habituelles, les hémorragies graves paraissent exceptionnelles.

En 1988-1989, P. Cazaux et al, à une période où la thrombolyse préhospitalière n'avait fait l'objet que de rares publications, présentent les résultats d'une étude réalisée dans le service avec le concours des SAMU et des Sapeurs Pompiers de Paris, d'août 87 à mai 88. Une thrombolyse I.V. pré hospitalière avait été pratiquée chez 49 patients présentant un I.M. par le rt-PA (100 mg I.V.) dans les trois premières heures [288] et [289].

Les auteurs montraient la faisabilité de la procédure, la rareté des complications hémorragiques et l'importance du gain de temps obtenu (52 ± 25 minutes).

En 1992, A. Vahanian et al. faisaient le point sur deux sujets controversés, la thrombolyse chez le sujet âgé et la thrombolyse tardive, estimant que dans ces groupes, les indications devaient être élargies [290].

L'angioplastie transluminale

L'angioplastie transluminale des coronaires au stade aigu de l'infarctus a fait l'objet de deux communications d'A. Vahanian, P.L. Michel, P. Cazaux et al en 1985 [291] et 1988 [292].

Les perforations septales

Les perforations septales secondaires à un I.M.A. ont été le thème d'une communication à la S.F.C., en 1967, de P. Soulié, J. Lenègre, J. Acar, J. Gay, M. Jouvet et M. Touche [293] d'articles dans la Presse Médicale de P. Soulié et al. en 1968 [294], et d'une publication dans les Annales de Médecine Interne en 1972 avec P. Luxereau, C. Cabrol et al. à propos de 4 cas opérés [295]. Les observations des services des Pr. P. Soulié et J. Lenègre ont été regroupées dans la thèse de J. Gay en 1967.

Les anévrysmes ventriculaires

Des anévrysmes ventriculaires à développement inhabituel dépistés par écho BD ont été commentés par M. Enriquez Sarano et al. en 1982 [296]

Les sténoses coronariennes tronculaires

Des sténoses coronariennes tronculaires après canulation ont été rapportées en 1975 avec P. Pouget, A. Auperin et al (7 cas) [297] puis en 1978, par P. Luxereau, C. Cabrol, J. Dewilde et al (13 observations) [298].

Les cardiopathies congénitales

En 1964, les anévrismes congénitaux des sinus de Valsalva ont été le thème de deux articles avec F. Cartier [299], avec P. Soulié, F. Cartier, P. Vernant et Y. Grosogeat [300].

En 1965, les anévrismes congénitaux du septum membraneux ont été l'objet de la thèse de F. Zerbig et d'une publication [301] par P. Soulié, J. Acar et F. Zerbig.

De 1959 à 1983, plusieurs publications ont porté sur les communications interauriculaires (C.I.A.) :

Une étude d'ensemble réunissant 81 cas par P. Soulié, J. Carlotti, F. Joly, J. Acar et J. Forman [302],

Une étude sur l'insuffisance cardiaque des C.I.A. avec P. Ourbak, P. Soulié, J. Lenègre [303].

Une observation avec étude échographique d'anévrysme du septum interauriculaire avec shunt gauche-droite, opéré, par J. Dewilde, M. Bellorini, P. Signoret et al [304].

L'implantation anormale dans l'artère pulmonaire de la coronaire gauche, chez un malade de 53 ans, avec correction chirurgicale a été rapportée avec C. Cabrol, P. Bachelierie et al. A cette occasion, en 1974, 39 cas ont été recensés dans la littérature, chez l'adolescent de plus de 15 ans et l'adulte et analysés [305]. Un an plus tard, en 1975, une autre observation avec insuffisance mitrale par transformation calcaire d'un pilier et correction chirurgicale a été publiée avec P. Luxereau, A. Carpentier et al [306].

Le rétrécissement aortique sous valvulaire de l'adulte a été étudié dans le cadre d'une étude coopérative, associant quatre services. Trente et un cas ont pu être colligés. Les caractères de la malformation ont été précisés, fréquence, types anatomiques, malformations associées, aspects cliniques, incidence de l'insuffisance aortique, conditions du diagnostic et indications opératoires. Ce travail a été publié avec A. Vahanian , A. Passeleau et al en 1984 [307].

L'insuffisance cardiaque (I.C.)

L'insuffisance cardiaque des C.I.A. a déjà été signalée [303].

- les résultats à long terme cliniques hémodynamiques du traitement de l'I.C. réfractaire par le molsidomine ont été analysés par A. Kulas, B. Escudier, N. Hannachi et al [308], 1984.

- en 1985, j'avais consacré un éditorial aux nouveaux espoirs de la thérapeutique de l'I.C. dans les Annales de Médecine Interne [309].

- en 1993, une observation inhabituelle d'I.C. globale secondaire à une fistule artérioveineuse hépatoportale a été rapportée par J.P. Kevorkian, P.L. Michel, J.M. Faintuch et al [310].

La fibrillation auriculaire (F.A.)

En 1956, l'analyse de 390 cas de fibrillation auriculaire traités par la quinidine a donné lieu à un article de P. Maurice, J. Acar, R. Rullière et J.Lenègre [311] ainsi que la prévention par le traitement anticoagulant, des embolies de régularisation au cours des traitements par les sels de quinidine avec les mêmes auteurs [312] .

90 cas de F.A. idiopathique ont bénéficié d'une étude clinique rapportée par P. Maurice, R. Rullière, J. Acar et S. Lenègre [313] en 1956.

La pathologie vasculaire aortique, artérielle

En 1962, la dissection aortique a donné lieu à deux articles de J. F. Delzant, M. Caramanian, J. Acar (observation anatomoclinique) [314] et de P. Soulié, H. Degeorges et J. Acar : manifestations cliniques et radiologiques [315]

Le traitement de l'artérite temporale par ACTH et cortisone a été le thème d'une publication de M. Morin, J. Graveleau, J. Lafon et al en 1953 [316]. Une observation atypique a été rapportée en 1956 par M. Mouquin, C. Macrez, R. Leconte des Floris et J. Acar [317]

Une observation d'artérite inflammatoire à cellules géantes avec hypertension artérielle a été publiée avec A. Piekarski, P. Luxereau et al. en 1977 [318].

Une double sténose de l'artère rénale et de l'artère mésentérique supérieure a suscité les commentaires de L. Antebi, J. Acar et M. Caramanian en 1964 [319]

Les pathologies tumorales

Les myxomes de l'oreillette droite

Les myxomes de l'oreillette droite ont donné lieu à l'occasion d'observations personnelles à une étude d'ensemble de P. Soulié, J. Acar, P. Renault et al (1961) [320], thèse de P. Azoulay (1960).

Les myxomes de l'oreillette gauche

Certains myxomes de l'oreillette gauche ont été observés avec des présentations inhabituelles :

-insuffisance mitrale par rupture de cordages par R. Lainée, J. Acar, A. Aigueperse et al [321]

-insuffisance rénale terminale par J. Dewilde, F. Mignon, A. Meyrier et al [322]

Les cardiopathies carcinoïdes et tumeurs de l'ovaire

Les cardiopathies carcinoïdes et tumeurs de l'ovaire ont été à propos d'un cas anatomoclinique le sujet d'une publication avec M. Auriol, R. Lainée et al [323].

Les pathologies traumatiques

Ont été publiés :

des commentaires à propos d'un cas de communication interventriculaire d'origine traumatique par P. Soulié, D. Kalmanson, J. Combet et J. Acar 1962 [324].

Un cas d'infarctus du myocarde compliqué d'anévrysme pariétal d'origine traumatique chez un garçon de 17 ans par J. Ecoiffier, M. C. Plainfossé, J. P. Foucault et al [325], 1969.

Une observation d'anévrysme traumatique d'un sinus de Valsalva par R. Lainée, G. Guilmet, J.C. Lulé et al. 1974 [326].

Une observation de fistule aortoventriculaire droite traumatique opérée par P.L. Michel, C. Chapelon, J.P. Cachera et al 1986 [327]

Cardiologie interdisciplinaire

Plusieurs études entrent dans ce cadre :

« Les manifestations cardiovasculaires de la maladie de Marfan . A propos de 8 observations personnelles » par P. Soulié, P. Vernant, P. Corone et al. 1961 [328]

Le poumon sclérodermique : son retentissement cardiaque par P. Soulié, J. Acar, F. Joly et al 1961 [329].

Le cœur sclérodermique avec C.H. Savier 162 [330]

Les manifestations cardiovasculaires de l'acromégalie avec H. Bricaire, P. Chiche et P. Baledent 1962 [331].

Cœur et hémochromatose : « Aspects particuliers . A propos de 9 observations, avec R. Slama, P. Leborgne et al 1967 [332]. La réversibilité des modifications hémodynamiques après déplétion ferrique était démontrée.

Les complications cardiovasculaires de la maladie de Paget : elles ont été le sujet de thèse de F. Waynberger (1967) et d'une publication en 1968 avec F. Delbarre et F. Waynberger [333].

L'amylose cardiaque

Son dépistage in vivo a été l'objet en 1970 d'une communication à la S.F.C avec F. Guérin, J. Joly, J.P. Gay et M. Fardeau [334] et d'un article dans les Annales de Médecine Interne avec F. Guérin, J. C. Imbert, M. G. Bousser et al [335].

La possibilité de maladie de l'oreillette a été soulignée, la même année avec J.C Hammou, J.C. Diradourian et al. [336] et une mise au point sur les troubles du rythme et de la conduction publiée par les mêmes auteurs. [337].

Hématologie, coagulation, biologie

La plupart de ces études ont été faites avec le Laboratoire d'hémostase coagulation de M. Samama et al. (Hôtel Dieu) et avec le Laboratoire de Physiologie de R. Ardaillou (Tenon) et la participation active de A. Vahanian et de P.L. Michel .

- Plasma beta thromboglobulin in patients with valvular heart disease [déjà cité 187] par J. Conard et al.

- Coagulation intravasculaire disséminée chronique dans un cas d'anévrisme ventriculaire par M. Samama, C. Sztarkman, M.H. Horellou et al. [338] 1981.

- Etude de la distribution des diamètres plaquettaires chez les patients avec valvulopathie et prothèse par H Dumoulin, M. Tirmarche, M. H. Horellou et al [339], 1981.

- Quelles sont les modifications de l'hémostase dans l'oreillette gauche des patients avec sténose mitrale ? par D. Varenne, E. Verdy, B. Lung et al [340] 1994.
- L'élévation de l'hormone plasmatique antidiurétique chez les patients avec insuffisance cardiaque : influence de l'âge, par E. Rondeau, J. De Lima, H. Caillens et al [341], 1982.
- Effet de la fibrillation auriculaire sur la réponse du facteur plasmatique natriurétique auriculaire aux modifications de la pression auriculaire, par J. C. Dussaule, A. Vahanian, P.L. Michel et al [342], 1988.
- Facteur plasmatique auriculaire natriurétique et GMP cyclique dans la sténose mitrale traitée par valvulotomie au ballonnet par J.C. Dussaule, A. Vahanian, P.L. Michel et al 1988 [343].
- Réponses du peptide natriurétique auriculaire aux changements posturaux chez les patients avec hypertension de l'oreillette gauche par J. Wolf, J.C. Dussaule, A. Vahanian 1990 [344] et par A. Vahanian, P.L. Michel, J.P. Wolf et al [345]
- Modifications hormonales aiguës et retardées dans la sténose mitrale traitée par valvulotomie au ballonnet par S. Ledoux, J. C. Dussaule, P.L. Michel et al. [346], 1993.
- Peptides natriurétiques plasmatiques atriaux et cérébraux dans la sténose mitrale, traitée par valvulotomie par P.L. Tharaux, J.C. Dussaule, J. Hubert-Brierre et al [347], 1994.
- Intérêt du dosage immunométrique de l'isoenzyme MB de la créatine kinase dans les pathologies cardiovasculaires, par G. Lefèvre, A. Abbas, O. Nallet et al. [348], 1995.

Sujets divers – Pathologie cardiovasculaire

Le signe de Harzer par P. Maurice, J. Acar et M. Ben Naceur [349], 1958

Activité électrique et mécanique du cœur droit et du cœur gauche étudié par cathétérisme combiné avec J. Carlotti, F. Joly, J. Forman et al [350], 1958.

Le bloc de branche bilatéral avec R. Slama [351] 1970

Infarctus du myocarde et spasme avec A. Benacerraf , A. Castillo, M. Tonnelier et al. [352]

Faux anévrisme du cœur postopératoire d'origine infectieuse : cure chirurgicale par J. Dewilde, J.P Cachera, A. Khayat et al [353], 1981.

PATHOLOGIE NON CARDIOVASCULAIRE. SUJETS DIVERS

A propos de huit cas de maladie de Kahler. Essai de traitement palliatif par les hormones génitales par M. Morin, J. Graveleau, J. Lafon et al 1953 [354].

A propos de huit cas de maladie de Kahler. Remarques thérapeutiques par M. Morin, J. Lafon, J. Graveleau et al 1954 [355].

Le traitement de la myasthénie par l'ACTH par J. Graveleau, R. Labet, J. Acar et M. Gauthier 1954 [356].

Contribution à l'étude du test de Flack chez les sujets normaux et au cours des pneumopathies chroniques par M. Bariety, P. Choubrac et J. Acar 1954 [357].

Considérations diverses à propos d'une staphylococcie pulmonaire mortelle. Emphysème sous cutané et médiastinal dans l'espace extrapleurale par M. Bariety, C. Coury, J. Poulet, J. Acar, et R. Abelanet 1954 [358]

Les aspects radiologiques, trompeurs, du mégaoesophage par M. Bariety, C. Coury, S Rampon et J. Acar 1955 [359]

Influence de l'alcoolisme sur la morbidité et la mortalité dans un service de médecine générale par M. Bariety, P. Choubrac et J. Acar 1955 [360]

Infarctus pulmonaire avec hémoptysies incoercibles et traitement anticoagulant par P. Chiche, J. Acar et H. Jallut. 1955 [361].

Les embolies pulmonaires néoplasiques par C. Chomette, M. Auriol, C. Sevestre et J. Acar, 1980 [362].

REFERENCES

- 1 - Le syndrome de Lutembacher. J. ACAR et M.C. PLAINFOSSE ; Cœur Méd Int : 1963 ; II : 447
- 2 - Le syndrome de Lutembacher P. SOULIE, J. ACAR et M. C. PLAINFOSSE . Arch. Mal. Cœur, 1964 ; 57 :481
- 3 - Le syndrome de Lutembacher. A propos de 22 cas. P. SOULIE, J. ACAR, P. BOUCHARD, J.R. CRAPET et J.L. CHAULAIC . Arch. Mal. Cœur 1968 ; 61 : 209.
- 4 - Sténose mitrale et retour veineux pulmonaire anormal. J. ACAR, F. HERREMAN et J. OSTY . Cœur Méd Int 1965 ; IV : 75
- 5 - Eléments de pronostic du rétrécissement aortique calcifié et indications opératoires. J. ACAR, M. HODARA et J. P. MAURAT . Cœur Méd Int, 1966 ; V : 295.
- 6 - Embolies calcaires du rétrécissement aortique calcifié. P. SOULIE, M. CARAMANIAN, B. MORIN, J. ACAR et J. FORMAN . Arch Mal Cœur 1964 ; 57 : 633.
- 7 - Rétrécissement aortique et anévrisme disséquant. J. ACAR, J.J. GALEY, R. HAIAT, J. SYLVESTRE et B. COUTUREAU . Cœur Méd Int, 1967 ; VI : 205.
- 8 - Anévrisme de l'aorte ascendante et pathologie orificielle aortique. J. ACAR, G. CHOMETTE, R. LAINEE, P. LUXEREAU, J. FANJOUX, A. KULAS, J. GUERINON ; Cœur , 1973 ; 4 : 421.
- 9 - Aortic stenosis without left ventricular hypertrophy. B. IUNG, P.L. MICHEL, N. BELKHIRIA, J.P. KEVORKIAN, B. CORMIER, A. VAHANIAN, J. ACAR; 14th Congress of the European Society of Cardiology. Barcelone, 30 août –3 septembre 1992. Eur. Heart J. 1992 ; 13, abstr. supp. p. 2370
- 10 - Les ruptures de cordage de l'appareil mitral ; leur étiologie. P. SOULIE, J. ACAR, A. BERNADOU et M. CARAMANIAN. Arch. Mal. Cœur, 1965 ; 58 : 457.
- 11 - Les insuffisances mitrales par rupture de cordages et leur traitement. P. SOULIE, J. ACAR, J.P. MAURAT et S. GAUDEAU . Acquis. Med. Récentes. Expansion 1966 ; 65.
- 12 - Les insuffisances mitrales par lésions mutilantes des valves et des cordages. P. SOULIE, J. ACAR, J.P. MAURAT, B. MORIN et S. GAUDEAU. Arch. Mal. Cœur 1967 ; 60 : 627.
- 13 - Les insuffisances mitrales par rupture de cordages d'origine dégénérative. J. ACAR, M. CARAMANIAN, M. PERRAULT, P. LUXEREAU et J.C. ARNAUD . Arch. Mal. Cœur, 1968 ; 62 : 1724.
- 14 - Insuffisance mitrale par rupture et élongation de cordages. A propos de 104 cas opérés. J.M. JAIS, M. CADILHAC, P. LUXEREAU, H. JALLUT, J. CASSAGNES, P. BALEDENT et J. ACAR. Arch. Mal. Cœur 1981 ; 74 : 129.
- 15 - La pathologie valvulaire mitrale. 17^{ème} Journées Liégoises , 8 mai 1999. Lecture « Degenerative myxoïde versus degenerescence fibroélastique de la valvule mitrale. J. ACAR.
- 16 - Anatomie et étiopathogénie de l'insuffisance aortique sévère. P. SOULIE, A. PIWNICKA, J. ACAR, M. CARAMANIAN et J. FORMAN. Arch. Mal. Cœur 1966 ; 59 : 1459.
- 17 - Les insuffisances aortiques graves après greffe bactérienne. J. ACAR et J.P. MAURAT. Arch. Mal. Cœur 1966 ; 59 : 1508.
- 18 - Les insuffisances aortiques à symptomatologie angineuse. P. SOULIE, C. DUBOST, J. ACAR, M. DEGEORGES et J.P. FOUCAULT . Presse Méd, 1964 ; 72 : 2307.

- 19 - L'angor des insuffisances aortiques. Son traitement chirurgical. P. SOULIE, J. ACAR, M. DEGEORGES, J.P. FOUCAULT et M. BACULARD. Bull. et Mem. Med. Hôp. Paris, 1964 ; 115 : 663.
- 20 - L'insuffisance coronarienne de l'insuffisance aortique. M. TRIBOUILLOY et J. ACAR. Cœur Méd Int 1966 ; V : 399.
- 21 - Insuffisance aortique et maladie de Takayashu. J. ACAR, B. LEURENT, M. SLAMA, G. BOTTINEAU, J.N. FIESSINGER, C. CABROL et J.M. CORMIER. Ann. Méd. Int, 1983 ; 134 : 606.
- 22 - Etiologie et aspects anatomiques des insuffisances aortiques pures volumineuses. A propos de 125 observations. Etude en fonction de l'âge. J. LAUDET, A. BELKAID, P. BALEDENT et J. ACAR; Cœur Méd. Int., 1979 ; XVIII: 389.
- 23 - Les insuffisances aortiques volumineuses par dysplasie valvulaire : réalité souvent méconnue. J. ACAR, J. LAUDET, M. BELKAID, M. RICOUX, H. JALLUT. Ann. Méd. Int, 1979 ; 130 : 277.
- 24 - Les insuffisances aortiques par anévrisme dystrophique de l'aorte ascendante. J. ACAR, A. GUIOMARD, P. BAUDOUY, J.P. BOUNHOURE, A. CARRE, P. CHICHE, J.M. JANIER, J.F. FOURNIAL, J. LAUDET, J. VALTY. Arch. Mal. Cœur, 1979 ; 72 : 596.
- 25 - Late prognosis of aortic valve replacement in patients with floppy valve syndrome and dilatation of ascending aorta. J. ACAR, P.L. MICHEL, C. CHAPELON, A. BELKAID. Abstr. 148, Xth World Congress of Cardiology, Washington, D.C. U.S.A. sept 14-19, 1986.
- 26 - Potentiel évolutif des lésions sur l'aorte ascendante dans les insuffisances aortiques dystrophiques. P.L. MICHEL, C. CHAPELON, A. VAHANIAN, G. CHOMETTE, F. BOUSTANI et J. ACAR. Arch. Mal. Cœur, 1986 ; 79 : 1460.
- 27 - Insuffisance aortique dystrophique : influence de la dilatation de l'aorte ascendante sur l'évolution secondaire. P.L. MICHEL, G. HANANIA, G. CHOMETTE, J.P. DELAHAYE, D. THOMAS, J.P. MAURAT, H. JALLUT et J. ACAR. Arch. Mal. Cœur, 1991 ; 84 : 477.
- 28 - Les insuffisances aortiques dystrophiques. J. ACAR, P.L. MICHEL, G. CHOMETTE, B. IUNG et C. SZTARKMAN . Arch. Mal. Cœur, 1991 ; 84 : 105.
- 29 - Degenerative aortic regurgitation. P.L. MICHEL, J. ACAR, G. CHOMETTE et B. IUNG . Eur. Heart J. 1991 ; 12 : 875.
- 30 - Thrombose canalisée de l'oreillette gauche. R. TRICOT, P. CHICHE et J.ACAR. Sem. Hôp. Paris, 1957 ; 33 : 2221.
- 31 - Les calcifications massives de la paroi de l'oreillette gauche. P. SOULIE, R. TRICOT, et J.ACAR. Bull. et Mem. Soc. Med. Hôp. Paris, 1957 ; 73 : 702.
- 32 - Calcifications de l'oreillette gauche – Incidence sur les complications emboliques systémiques. A propos de 20 cas avec vérification opératoire. P. LAUVERGNAT, J. ACAR. Médecine Interne N° Spécial Cœur, 1982 ; 17 : 127.
- 33 - Etude sur les embolies artérielles du rétrécissement mitral et sur leur traitement par les anticoagulants. P. SOULIE, P. CHICHE, M. DEGEORGES, J.ACAR, A. BENACERRAF. Sem. Hôp. Paris, 1960 ; 51 : 2753.
- 34 - Features of patients with severe mitral stenosis with respect to atrial rhythm. Atrial fibrillation in predominant and tight mitral stenosis. J. ACAR, P.L. MICHEL, B. CORMIER, A. VAHANIAN et B. IUNG. Acta Cardiol. 1992 ; 147 : 115.
- 35 - Evolution des étiologies des valvulopathies opérées en France sur une période de 20 ans. J. ACAR, P.L. MICHEL, R. DORENT, P. LUXEREAU, A.VAHANIAN, B. CORMIER, P. VERON ; Arch Mal Cœur , 1992 ; 85 : 411.

- 36 - La cinéangiographie des valvulopathies mitrales chez l'adulte . A propos de 41 confrontations angiographiques et anatomiques. S. SZTARKMAN, F. HERREMAN, H. GESCHWIND, N. VASILE et J. ACAR. J. Radiol. Electrol. Med. Nucl. 1976 ; 57 : 281.
- 37 - Bilan des lésions valvulaires mitrales par la cinéangiographie. Validité de la méthode d'après 100 confrontations angiochirurgicales. H. GESCHWIND, C. SZTARKMAN, F. HERREMAN, A. NITTENBERG et J. ACAR. Arch. Mal. Coeur 1976 ; 69 : 1041.
- 38 - Value of the ratio of regurgitation volume to end diastolic volume as a marker of postoperative left ventricular response in aortic regurgitation. A. VAHANIAN, F. BESNAINOU, P.L. MICHEL, C.H. SAVIER et J. ACAR . Quantification of valvular regurgitations – Appraisal of new techniques European Society of Cardiology : Working group on valvular prosthesis , Namur, 11-12 octobre 1985.
- 39 - Value of quantitative angiographic grading in aortic regurgitations. P.L. MICHEL, A. VAHANIAN, F. BESNAINOU, C.H. SAVIER et J. ACAR . Quantification of valvular regurgitations – Appraisal of new techniques European Society of Cardiology : Working group on valvular prosthesis , Namur, 11-12 octobre 1985.
- 40 - Left heart catheterization in aortic stenosis. A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, M. SLAMA, P. DERMINE, P. LUXEREAU et J. ACAR. Symposium « Aortic stenosis in adults : new trends « European Society of Cardiology, Working group on evaluation of valvular prosthesis” Paris, 22-23 mai 1987.
- 41 - La place respective du cathétérisme et des méthodes non invasives dans le bilan des lésions valvulaires. J. ACAR, C. CABROL, L. ENRIQUEZ SARANO, P. LUXEREAU, D. KALMANSON, A. VAHANIAN, J.P. BASSAND, J. DEWILDE, Com. Société Française de Cardiologie. Paris 19 Novembre 1983..
- 42 - Opportunité des explorations invasives dans l'évaluation des valvulopathies acquises chroniques de l'adulte. J. ACAR. Arch. Mal. Coeur, 1988 ; 81 : 1519.
- 43 - Coronarographie et valvulopathies. Indications et résultats. P. LUXEREAU, N. VASILE, D. LELLOUCHE et J. ACAR. Arch. Mal. Coeur, 1972 ; 65 : 1299.
- 44 - Pathologie coronarienne et valvulopathies – dépistage et incidences thérapeutiques. P. LUXEREAU, N. VASILE , P. POUGET, F. DURON, D. GRIMBERG et J. ACAR . Journées internationales de Cardiologie, Deauville, 4-6 octobre 1974, Cœur 1975, n° spécial VI, 801
- 45 - Pathologie coronarienne et valvulopathies. P. POUGET, P. LUXEREAU, N. VASILE et J. ACAR . La Revue de Médecine, 1976 ; 4 : 183.
- 46 - Le rôle de l'athérome coronarien dans l'angor des valvulopathies mitrales et aortiques. P. LUXEREAU, N. VASILE, H. GESCHWIND, D. POUGET, J. CASSAGNES et J. ACAR. Journées de Cardiologie, Cannes, 30 septembre, 1-2 octobre 1977. Cœur n° spécial, 1978, vol IX : 777.
- 47 - Is coronary angiography necessary in mitral valve disease ? J. ACAR, L. ENRIQUEZ SARANO, A. VAHANIAN, J.P. HOULLEGATTE, P. LUXEREAU . 3rd Meeting of the Working Groups of the European Society of Cardiology Spa, 5-7 septembre 1983.
- 48 - Résultats et indications de la coronarographie dans les valvulopathies mitrales. A propos de 110 cas. M. ENRIQUEZ SARANO, J.P.HOULLEGATE, P. LUXEREAU, A. VAHANIAN et J. ACAR. Arch. Mal. Coeur 1985 ; 78 : 65.
- 49 - Should coronarography angiography be performed in all patients who undergo catheterization for valvular heart disease ? J. ACAR, P. LUXEREAU, A. VAHANIAN, P. DUCIMETIERE, J. BERDAH, P. AOUATE, J.A. SIENCZEWSKI , V. ROGER. Z Kardiol, 1986 ; 75 suppl. 2 : 53.

- 50 - Facteurs prédictifs des lésions coronariennes au cours du rétrécissement aortique de l'adulte. J. ACAR, J. BERDAH, P. LUXEREAU, A. VAHANIAN, J.A. SIENCZEWSKI, P. DUCIMETIERE, G. PREUD'HOMME. Arch. Mal. Coeur 1988 ; 1 : 33.
- 51 - Detecting coronary artery stenosis before surgery in patients with valvular heart disease. Edit J. ACAR. J. Heart Valve Dis; 1999 ; 8 : 160.
- 52 - Anévrisme ventriculaire gauche traumatique révélé par des embolies systémiques. Intérêt du marquage plaquettaire à l'Indium. A. VAHANIAN, D. VILLEMONT, F. GRIMBERG, L. DROUET, E. FARAH et J. ACAR. Com. Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 12 novembre 1982.
- 53 - Détection des thromboses valvulaires prothétiques par le marquage plaquettaire à l'Indium 111. A. VAHANIAN, G. GAMERMAN, O. MUNDLER, P.L. MICHEL, R. DORENT, M. FAUCHET, J. ACAR. Com. Société Française de Cardiologie, Paris, 14 mai 1988.
- 54 - Usefulness of 111 Indium labelled platelets (11 – In – Plt) in diagnosis of thrombosis associated with cardiac valvular prosthesis. L. DROUET, M. FAUCHET, J. ROSEMBAUM, A. PIEKARSKI, M. ENRIQUEZ, O. MUNDLER, A. VAHANIAN, J.L. CARRIER, J. ACAR. Congrès International de la Société Européenne de Cardiologie Paris 15-16 décembre 1983. European Heart Journal, 1983 ; 4, suppl. I. Abstr. n°11
- 55 - Detection of prosthetic valve thrombosis using Indium 111 platelet imaging. J. ACAR, A. VAHANIAN, R. DORENT, M. FAUCHET, O. MUNDLER, V. ROGER. Eur. Heart J. 1990 ; 11 : 389.
- 56 - Apports du carotidogramme dans l'évaluation de la sévérité des sténoses aortiques orificielles. D. GRIMBERG, J. VALTY, J.F. DELZANT et J. ACAR. Arch. Mal. Coeur, 1967 ; 60 : 1293.
- 57 - Intérêt de l'échographie cardiaque par voie transoesophagienne. A partir d'une expérience préliminaire de 532 cas. B. CORMIER, B. VITOUX, C. SZTARKMAN, M. ENRIQUEZ SARANO, A. KULAS, J. DEWILDE, D. GRIMBERG et J. ACAR. Arch. Mal. Coeur, 1990 ; 83 : 23.
- 58 - Intérêt de l'échocardiographie dans les valvulopathies aortiques. J. ACAR, A. KULAS, D. GRIMBERG, P. BRUN, P. LUXEREAU. Ann Méd Int ; 1976 : 127 : 277.
- 59 - Apport de l'échocardiographie dans le diagnostic des insuffisances aortiques. A. KULAS, D. GRIMBERG, G. LUTFALLA et J. ACAR. Ann. Méd. Int 1978 ; 129 : 335.
- 60 - Limitations of TEE planimetry in aortic stenosis with extensive calcification. B. CORMIER, S. BARBANT, J.M. PORTE, F. EL KHOURY, A. VAHANIAN. 67th Annual Scientific Session of the A.H.A., Dallas, 13-17 november 1994, Circulation 1994, 90 abstr. 0272.
- 61 - Apport de l'échocardiographie TM dans le diagnostic des atteintes mitrales de l'adulte. A. KULAS, D. GRIMBERG, P. SIGNORET et J. ACAR. Coeur 1980 ; 11 : n° spécial : 543.
- 62 - Etude de la fonction ventriculaire gauche chez les mitraux par échographie. A. KULAS, D. GRIMBERG, P. MYQUEL, P. DUCIMETIERE et J. ACAR. Coeur 1980 ; 11 : n° spécial : 605.
- 63 - Apport de l'échocardiographie dans l'étude des valvulopathies mitrales sténosantes de l'adulte. A. KULAS, D. GRIMBERG, G. LUTFALLA, P. BRUN et J. ACAR. Arch. Mal. Coeur 1978 ; 71 : 141.
- 64 - Intérêt de la correction par les gains à la réception dans la détermination de la surface mitrale en échocardiographie bidimensionnelle. A. KULAS, M. ENRIQUEZ SARANO, C. TROLEY et J. ACAR. Arch. Mal. Coeur 1982 ; 75 : 757.
- 65 - A statistical comparison M-mode two-dimensional echocardiography and left ventricular angiography in the recognition of the mechanisms of pure-isolated mitral insufficiency. D.

- GRIMBERG, S. SZTARKMAN, J. ACAR. Abstr 32ème Scientific Session American College of Cardiology; New Orleans, 20-24 mars 1983.
- 66 - Apport de l'échocardiographie dans les insuffisances mitrales par mutilations valvulaires ou ruptures de cordages. G. LUTFALLA, D. GRIMBERG, A. KULAS, J. CASSAGNES, J. BOMPART et J. ACAR. Com. Société Française de Cardiologie, 17 décembre 1977. Arch. Mal. Cœur 1978 ; 71 : 991.
- 67 - L'échocardiographie dans les insuffisances mitrales par rupture de cordages. A propos de 33 cas avec corrélations anatomiques. D. GRIMBERG, G. LUTFALLA, A. KULAS, J. CASSAGNES et J. ACAR. First joint meeting of the working groups of the European Society of Cardiology, Brighton, juin 1978. Transactions of the European Society of Cardiology, vol. I, n°1, n° 008.
- 68 - Transoesophageal echocardiography for the detection of rupture of chordae. B. CORMIER, C. SZTARKMAN, P.L. MICHEL, A. VAHANIAN et J. ACAR. 63rd Annual Scientific Session of the American Heart Association. Dallas, 12-15 novembre 1990. Circulation 1990, 82, abstr. Suppl. 1666..
- 69 - L'échocardiographie des insuffisances mitrales chirurgicales. Diagnostic lésionnel et prévision du type de chirurgie. B. CORMIER, C. SZTARKMAN, M. ENRIQUEZ SARANO, B. VITOUX, A. KULAS, J. DEWILDE, D. GRIMBERG et J. ACAR. Arch. Mal. Cœur, 1990 ; 83 : 345.
- 70 - Diagnosis of left atrial thrombi in mitral stenosis. Usefulness of ultrasound techniques compared with other methods. J. ACAR, B. CORMIER, D. GRIMBERG, G. KAWTHEKAR, B. IUNG, B. SCHEUER, E. FARAH. Eur. Heart J. 1991 ; 12 (suppl. B) : 70.
- 71 - Détection des thromboses de l'oreillette gauche du rétrécissement mitral. Intérêt particulier de l'échographie transoesophagienne. B. CORMIER, D. SERAFINI, D. GRIMBERG, B. SCHEUER et J. ACAR. Arch. Mal. Cœur, 1991 ; 84 : 1321.
- 72 - Approche échocardiographique des valvulopathies tricuspidiennes. D. GRIMBERG, R. KECHRID, C. HALPHEN et J. ACAR. Revista Latina de Cardiologia, 1980 ; 115 : 1.
- 73 - Diagnosis of acquired organic tricuspid valvular disease and tricuspid regurgitation by echocardiography. D. GRIMBERG, C. SZTARKMAN, R. RACHOIN, M. ENRIQUEZ SARANO et J. ACAR. IXè Congrès Mondial de Cardiologie, Moscou 20-26 juin 1982. Abst. Tome I 0696.
- 74 - Diagnostic des tricuspидites et des insuffisances tricuspides par l'échocardiogramme. D. GRIMBERG, C. SZTARKMAN, R. RACHOIN, M. ENRIQUEZ SARANO, A. VAHANIAN et J. ACAR ; Com. 10è Congrès de Cardiologie de Langue Française. Québec, 16-18 septembre 1982.
- 75 - Bilan par échocardiographie des lésions valvulaires des endocardites. Corrélations avec les données anatomiques. M. ENRIQUEZ SARANO, R. JEREMIASZ, J. SERGENT, M. SLAMA, A. VAHANIAN, D. GRIMBERG et J. ACAR .
Com. 2ème Congrès Maghrébin de Cardiologie. 18-19 mars 1983, Tunis,
Vè Congrès Français d'Echocardiographie – Paris sept. 1983
Réunion des groupes de travail de la Société Européenne de Cardiologie – Lyon 28-29 octobre 1983.
- 76 - Is Doppler examination a reliable technique for determination of transprosthetic gradients ? V. ROGER, L. ENRIQUEZ SARANO, A. VAHANIAN et J. ACAR. 10th World Congress of Cardiology. Washington, 14-19 septembre 1986.
- 77 - Mesure des gradients transvalvulaires par le Doppler. Enregistrements simultanés Doppler-Cathéterisme chez 78 patients. M. ENRIQUEZ SARANO, V. ROGER, A. VAHANIAN, B. VITOUX, P. CAZAUX et J. ACAR. Arch. Mal.Cœur, 1987 ; 80 : 1593.

- 78 - Validité de la mesure des sténoses aortiques par le Doppler : variations interobservateur et corrélations avec l'hémodynamique. L. ENRIQUEZ, C. SZTARKMAN, B. CORMIER, A. VAHANIAN, P. DERMINE, J. ACAR. 7^{ème} Congrès International d'échocardiographie Paris, 4-6 avril 1987.
- 79 - Perspectives chirurgicales de l'insuffisance aortique. A propos de 12 cas opérés. P. SOULIE, M. DEGEORGES, J. ACAR et J. FORMAN. Com. Société Française de Cardiologie, Lyon 29 et 30 juin 1963.
- 80 - Insuffisances aortiques pures corrigées par valve de Starr. A propos de 22 cas. J. ACAR, F. JOLY, J. CARLOTTI et C. DUBOST. IV^e Congrès Européen de Cardiologie, Prague 1964, abstr. II.
- 81 - Indications et résultats de la chirurgie de prothèse par valve de Starr des cardiopathies aortiques. P. SOULIE, J. ACAR, M. DEGEORGES et M. HODARA. Arch. Mal. Cœur; 1965 : 58 . 1061.
- 82 - L'insuffisance aortique, ses indications opératoires. J. ACAR, Presse Méd, 1967 ; 75 : 473.
- 83 - Rôle de la pathologie myocardique dans les échecs tardifs de la chirurgie de remplacement valvulaire. P. LUXEREAU, F. DURON, P. POUGET, F. HERREMAN et J. ACAR. Arch. Mal. Cœur 1974 ; 67 : 1365.
- 84 - La chirurgie de remplacement valvulaire aortique. A propos de 168 interventions. P. LUXEREAU, R. LAINEE, D. GRIMBERG et J. ACAR. Arch. Mal. Cœur 1973 ; 66 : 533.
- 85 - Facteurs de risques et causes d'échecs tardifs des interventions de remplacement valvulaire. J. ACAR, P. LUXEREAU, F. DURON et P. POUGET. Ann. Cardiol. Angéiol. 1974 ; 23 : 375.
- 86 - Le myocarde dans les cardiopathies valvulaires. Modifications ultrastructurales et histoenzymologiques. Corrélations fonctionnelles. G. CHOMETTE, J. ACAR, P. LUXEREAU et M. AURIOL. Annales d'Anatomie Pathologique 1976 ; 21 : 387.
- 87 - Biopsie myocardique per opératoire au cours des valvulopathies (24 cas). Etude ultrastructurale, histoenzymologique et corrélations fonctionnelles. G. CHOMETTE, J. ACAR, C. CABROL, P. LUXEREAU, A. PIEKARSKI. 7^{ème} Congrès Européen de Cardiologie – Amsterdam 20-25 juin 1976, abstr. Book I, 136.
- 88 - La chirurgie de remplacement valvulaire dans l'insuffisance aortique. Quand ? J. ACAR, P. LUXEREAU, A. VAHANIAN, H. GESCHWIND, M. ZIZI, M. CADILHAC, P. DUCIMETIERE. Les valvulopathies aortiques de l'adulte. Symposium Européen Lyon 23-24 septembre 1977. Actualités Cardiovasc. Med. Chir. 9^{ème} série 1978, 305 – Masson.
- 89 - Indications opératoires et résultats opératoires éloignés des insuffisances aortiques volumineuses. P. LUXEREAU, A. VAHANIAN, P. LEROY, S. CATEZ, P. DUCIMETIERE, J. ACAR. Ann Méd Int 1978 ; 129 : 301.
- 90 - L'insuffisance aortique chronique opérée. Le devenir à long terme. Les indications opératoires. J. ACAR, P. LUXEREAU, A. VAHANIAN, A. PIEKARSKI, H. GESCHWIND, J.D. MASSART, P. DUCIMETIERE. Séance Société Française de Cardiologie, 14 janvier 1978. Arch. Mal. Cœur 1978 ; 71 : 1387.
- 91 - Le pronostic des valvulopathies aortiques chroniques opérées. A propos de 439 cas. P. LUXEREAU, P. DUCIMETIERE, M. CADILHAC, J. FANJOUX, H. JALLUT et J. ACAR. Cœur 1980, XI : 512.
- 92 - Le devenir des dysfonctions sévères du ventricule gauche après remplacement valvulaire aortique. P. LUXEREAU, A. VAHANIAN, J. CASSAGNES, H. JALLUT et J. ACAR. Société Française de Cardiologie. Com. Journées Pierre Calazel, Paris, 21 novembre 1981.
- 93 - Mortalité opératoire et évolution à distance des remplacements valvulaires aortiques. Incidence de la dysfonction myocardique. A propos de 541 cas. P. LUXEREAU, A.

- VAHANIAN, P. DUCIMETIERE, P. LALOGUE, J. CASSAGNES, H. JALLUT et J. ACAR ; Arch. Mal. Cœur 1982 ; 75 : 1137.
- 94 - Aortic valve replacement in patients with heart valve failure. J. ACAR, A. VAHANIAN, P. LUXEREAU, P. DUCIMETIERE. Acta Cardiologica , suppl . XXVIII, 1982 : 123.
 - 95 - Le remplacement valvulaire, facteur aggravant possible de détérioration myocardique. Quelle thérapeutique ? J. ACAR, F. BRUNET, M. SLAMA, P. LUXEREAU, A. VAHANIAN, M. ENRIQUEZ SARANO . Arch. Mal. Cœur 1984 ; 77 : 1120.
 - 96 - Post-operative outcome in aortic regurgitation with poor left ventricular function. A. VAHANIAN, P. CATINEAU, P. CAZAUX, P.L. MICHEL, P. LUXEREAU et J. ACAR. 4th Joint Meeting of the Working Group of the European Society of Cardiology, Brighton, 19-21 septembre 1985.
 - 97 - Late myocardial dysfunction after valve replacement in aortic regurgitation : features and pre-operative markers. A. VAHANIAN, P. LUXEREAU, P. DUCIMETIERE, V. ROGER et J. ACAR . « Controversies in heart valve replacement » European Society of Cardiology. Working group : evaluation of prosthetic valves. Dusseldorf, 1-4 mai 1985.
 - 98 - Critères de réversibilité post opératoire de l'insuffisance cardiaque d'origine valvulaire / Criteria for post operative reversibility of heart failure of valvular origin. J. ACAR, P. LUXEREAU, A. VAHANIAN In B. SWINGHEDAUW : Hypertrophie et insuffisance cardiaque : éditions INSERM, version française, Editions John Libbey : version anglaise, 1990 : 631.
 - 99 - L'heure de la chirurgie dans le traitement de l'insuffisance aortique chronique. P. LUXEREAU, A. VAHANIAN, P. DUCIMETIERE, G. BOTTINEAU, R. KASSAB . Ann. Cardiol. Angéiol. 1983 ; 32 : 473.
 - 100 - Résultats du remplacement valvulaire dans l'insuffisance aortique chronique a ou pauci symptomatique. B. CORMIER, A. VAHANIAN, P. LUXEREAU et J. ACAR. Arch. Mal. Cœur 1987 ; 80 : 66.
 - 101 - The effect on left ventricular systolic function on long term survival in mitral and aortic regurgitation. P.L. MICHEL, B. IUNG, S. ABOU JAOUDE, B. CORMIER, J.M. PORTE, A. VAHANIAN, J. ACAR. J. Heart Valve Dis ; 1995 ; 4 suppl. II, S : 160.
 - 102 - How to manage patients with severe left ventricular dysfunction and valvular regurgitation. J. ACAR, P.L. MICHEL, P. LUXEREAU, S. ABOU JAOUDE, P. CAZAUX, R. DORENT, B. CORMIER, B. IUNG, A. VAHANIAN. J. Heart Valve Dis. 1996 ; 5 : 421.
 - 103 - La chirurgie de remplacement valvulaire aortique. A propos de 168 interventions. P. LUXEREAU, R. LAINEE, D. GRIMBERG et J. ACAR ; Arch. Mal. Cœur 1973 ; 66 : 533.
 - 104 - Les sténoses aortiques opérées. Appréciation du pronostic à distance de l'intervention en fonction des paramètres cliniques et hémodynamiques dans une série de 249 cas. P. LUXEREAU, P. DUCIMETIERE, M. CADILHAC, M. ZIZI, C. SZTARKMAN, A. PIEKARSKI, A. VAHANIAN, R. ZERMATTI . Com Société Française de Cardiologie, 20 janvier 1979. Arch. Mal. Cœur 1979 ; 72 : 973.
 - 105 - Prognosis of surgically treated chronic aortic valve disease. J.ACAR, P. LUXEREAU, P. DUCIMETIERE, M. CADILHAC, H. JALLUT, A. VAHANIAN . J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1981 ; 82 : 111.
 - 106 - Prognosis and long term results of surgically treated aortic stenosis. B. CORMIER, P. LUXEREAU, C. BLOCH, P. DUCIMETIERE, F. BOUSTANI, G. BADOUI, P. DYBANTSA, P. CHEUNG, G. PREUD'HOMME et J. ACAR . Eur. Heart J. 1988, suppl E. 113.
 - 107 - Chirurgie valvulaire et coronarienne combinée . Investigation préopératoire et indications thérapeutiques. P. LUXEREAU et J. ACAR. Ann. Chir. Thor. Cardiovasc, 1979 ; 33 : 567.

- 108 - Les lésions coronaires des valvulopathies aortiques opérées. Résultats et indications du pontage aortocoronarien. P. LUXEREAU, A. HEULIN, M.H. VERDIER TAILLEFER, C. CABROL, J.P. CACHERA, M. MARCHAND, H. MILON, J. CASSAGNES et J. ACAR. Arch. Mal. Cœur 1979 ; 72 : 1108.
- 109 - Prognosis of valve replacement for aortic stenosis with or without coexisting coronary heart disease : a comparative study. B. IUNG, M.F. DRISSI, P.L. MICHEL, O. DE PAMPHILIS, R. TSEZANA, B. CORMIER, A. VAHANIAN et J. ACAR. J. Heart Valve Dis 1993 ; 2 : 430.
- 110 - Preoperative ejection fraction as a predictor of late result after surgery for prolapsed mitral valve. M. ENRIQUEZ SARANO, N. HANNACHI, C.H. SAVIER, American College of Cardiology, 31st Annual Scientific Session. Atlanta Georgia – April 25-29, 1982. Abstr. Am. J. Cardiol., 1982 ; 49 : 900.
- 111 - Angiographie ventriculaire gauche quantitative : importance pronostique à court terme et à long terme dans le remplacement valvulaire mitral isolé. M. ENRIQUEZ SARANO, H. GESCHWIND et J. ACAR. Arch. Mal. Cœur 1982 ; 75 : 449.
- 112 - Résultats hémodynamiques et angiographiques après correction chirurgicale de l'insuffisance mitrale. M. ENRIQUEZ SARANO, N. HANNACHI, C.H. SAVIER et J. ACAR. Arch. Mal. Cœur, 1983 ; 76 : 1194.
- 113 - Les diamètres ventriculaires gauches sont-ils prédictifs du résultat tardif de la chirurgie de l'insuffisance mitrale ? M. ENRIQUEZ SARANO, P. ROSSANT, C. SZTARKMAN, D. GRIMBERG, J. SERGENT et J. ACAR. Congrès International d'échocardiographie. Abstr 67, Agadir mai 1984.
- 114 - Valvuloplasty for mitral regurgitation : late results . M. ENRIQUEZ SARANO, P. ROSSANT, N. HANNACHI et J. ACAR. Eur Heart J, 1984 (abstr. Suppl 1), 392.
- 115 - Facteurs influençant la survie après chirurgie de l'insuffisance mitrale pure non ischémique. P.L. MICHEL, M. ENRIQUEZ SARANO, P. CAZAUX, J.P. BELOT, S. SPAULDING, J.M. JAÏS. C. PLOTTON et J. ACAR; Arch. Mal. Cœur 1990 ; 83 : 45.
- 116 - Long term results of mitral valve repair for non ischaemic mitral regurgitation. P.L. MICHEL, B. IUNG, B. BLANCHARD, P. LUXEREAU, R. DORENT et J. ACAR. Eur. Heart J. 1991 ; 12 (suppl. B) ; 39.
- 117 - A fifteen-year follow-up after mitral valve repair for non-ischemic mitral regurgitation. P.L. MICHEL, D. BONNET, B. IUNG, P. LUXEREAU, B. CORMIER, A. VAHANIAN, J. ACAR ; 14th Congress of the European Society of Cardiology. Barcelone, 30 août – 3 septembre 1992. Eur. Heart J. 1992 ; 13, abstr. suppl. : 813.
- 118 - Factors influencing left ventricular dysfunction after surgery for non-ischaemic mitral regurgitation. P.L. MICHEL, J.P. KEVORKIAN, B. IUNG, D. FREMONT, E. BRIZIO, A. A. VAHANIAN, J. ACAR; 16TH congress of the European Society of Cardiology, Berlin, 10-14 septembre 1994. Eur. Heart J. 1994, 15, abstr. Suppl. :105.
- 119 - Faut-il opérer les valvulopathies mitrales a ou pauci symptomatiques ? J. ACAR, a ; VAHANIAN, P. L. MICHEL, P. LUXEREAU, B. CORMIER et B. IUNG. Arch. Mal. Cœur 1992 ; 85 : 1837.
- 120 - Indications for surgery in mitral regurgitation. J. ACAR, P.L. MICHEL, P. LUXEREAU, A. VAHANIAN et B. CORMIER. Eur. Heart J., 1991 ; 12 (suppl. B) ; 52.
- 121 - Quand opérer une valvulopathie acquise à ou pauci symptomatique ? J. ACAR, P.L. MICHEL et G. DE GEVIGNEY. Presse Méd. 2000 ; 29 : 1867.
- 122 - Stratégie thérapeutique au cours de l'insuffisance mitrale chronique non ischémique. E. DADEZ et J. ACAR in Cardiopathies valvulaires acquises. J. ACAR et C. ACAR ; 2^{ème} éd. Flammarion, Médecine Sciences, Paris 2000, 21 : 372.

- 123 - Mitral regurgitation in the elderly. Results of valve repair. P.L. MICHEL, B. IUNG, P. LUXEREAU, B. CORMIER, A. VAHANIAN et J. ACAR. *Circulation* 1993 ; 88, n° 4 part 2, abstr. 2879.
- 124 - Mitral regurgitation in the elderly. Results of valve repair. P.L. MICHEL, B. IUNG, B. FARAH, E. GARBARZ, B. CORMIER, A. VAHANIAN et J. ACAR, 69th Annual Scientific Session of the American Heart Association. New Orleans, USA, 10-13 novembre 1996.
- 125 - Commissurotomie mitrale chez l'enfant. P. SOULIE, J. NOUAILLE, P. LUCET, N. AZERAD, J. ACAR. *Arch. Mal. Cœur* 1961 ; 54 : 274.
- 126 - Commissurotomie mitrale au cours de la grossesse. P. SOULIE, J. ACAR, M. DEGEORGES et A. BARRILLON. *Arch. Mal. Cœur*, 1961 ; 54 : 361.
- 127 - Les rétrécissements mitraux récidivants. M. DEGEORGES, F. JOLY, J. ACAR et R. LAINEE. *Sem. Hôp. Paris*, 1965 ; 53 : 3117.
- 128 - Résultats éloignés des commissurotomies mitrales. J. ACAR et R. LAINEE. *Cœur Méd Int*, 1962 ; I : 83.
- 129 - Résultats éloignés de la commissurotomie mitrale. R. LAINEE, J. ACAR, F. JOLY, J. CARLOTTI. *Arch. Mal Coeur*, 1963 ; 56 : 1326.
- 130 - Etude échocardiographique comparative des résultats de commissurotomies mitrales à cœur fermé et ouvert. A propos de 112 malades. D. GRIMBERG, P. SIGNORET, M. CADILHAC et J. ACAR. *Ann. Cardiol. Angéiol.* 1980 ; 29 : 525.
- 131 - Faut-il encore faire des commissurotomies mitrales à cœur fermé ? A propos de 168 interventions dont 108 à cœur ouvert et 60 à cœur fermé. M. ENRIQUEZ SARANO, Y. LOUVARD, D. DARMON, W. TARCHA et J. ACAR. *Com. Société Française de Cardiologie* 19 mars 1983. *Arch. Mal. Cœur* 1984 ; 77 : 782.
- 132 - Indications et résultats de la commissurotomie tricuspидienne. D. COLONNA, J. P. MAURAT, M. ROCACHE et J. ACAR ; *Cœur Méd. Int*, 1969 ; VIII : 209.
- 133 - L'insuffisance tricuspидienne. Indications opératoires et résultats. J. ACAR, M. ROCACHE, P. MARCANTONI, D. GRIMBERG ; *Cœur*, 1970 ; 2 : 241.
- 134 - Résultats à moyen terme des différentes méthodes de correction chirurgicale de l'insuffisance tricuspидienne. E. FARAH, D. DAHAN, G. LUTFALLA et J. ACAR. *Journées Internationales de Cardiologie*, 4-6 octobre 1974 ; Deauville. *Cœur*, 1975 ; n° spécial VI, 661.
- 135 - L'insuffisance tricuspидienne traumatique. A propos d'un cas traité par chirurgie conservatrice. V. ROGER, A. CARPENTIER, E. ARIE, A. VAHANIAN, M. ENRIQUEZ SARANO et J. ACAR. *Arch. Mal. Cœur* 1987 ; 80 : 677.
- 136 - Triples remplacements valvulaires. Risque opératoire et résultats à distance. J. ACAR, A. PIEKARSKI, J. DEWILDE, P. DUMOULIN, P. LUXEREAU, R. SLAMA. First joint meeting of the Working Groups of the European Society of Cardiology, Brighton, juin 1978. *Transactions of the European Society of Cardiology*, vol I, n°1, n° 020.
- 137 - Les triples remplacements valvulaires. A. PIEKARSKI, J. DEWILDE, P. DUMOULIN, E. FARAH, A. BOURTHOUMIEUX, R. SLAMA et J. ACAR. *Arch. Mal. Cœur* 1979 ; 72 : 1196.
- 138 - Combined aortic mitral and tricuspid surgery. Results in 78 patients. P.L. MICHEL, E. HOUDART, G. GHANEM, G. BADAoui, A. HAGE et J. ACAR. *Eur. Heart J.* 1987 ; 8 : 457.
- 139 - Cure chirurgicale d'une endocardite bactérienne avec insuffisance aortique. J. ACAR, C. CABROL, F. CARTIER et A. FOUCHARD. *Arch. Mal. Cœur*, 1966 ; 59 : 757.
- 140 - La chirurgie de l'insuffisance aortique au cours de l'endocardite bactérienne en évolution. J. ACAR, Y. CHABBERT, J.F. ACAR, J. FOUCHARD et A. BOTVINIK. *Rapport au Vè Congrès Européen Cardiologie*, 8-14 septembre 1968, Athènes.

- 141 - Endocardite aiguë tricuspidiennne post partum à streptocoque du groupe B, pose d'une valve de Starr, J. ACAR, L. ANTEBI, C. CABROL, J.L. VILDE, B. MORIN, F. DAMELON, J.C ROUSSEAU, R. BASTIN ; Ann Méd Int, 1972 ; 123 : 217.
- 142 - Endocardite à candida sur prothèse mitrale. J. ACAR, C. CABROL, H. JALLUT, J. FROTTIER, F. DURON, R. BASTIN. Arch. Mal. Coeur 1973 ; 66 : 1211.
- 143 - Les communications interventriculaires acquises au cours des endocardites bactériennes. Y. CHESTIER, A. DUVAL, P. LUXEREAU, C. CABROL et J. ACAR ; Arch. Mal. Coeur, 1978 ; 71 : 23.
- 144 - Les endocardites bactériennes à hémocultures négatives sur prothèse mitrale. J. ACAR, J. DEWILDE, J. MERY, P. VACHON, R. ROLLAND, F. CARTIER, L. MOREL-MAROGER, F. DANIEL . Com Société Médicale des Hôpitaux de Paris, juin 1981. Ann. Méd. Int, 1982 ; 133 : 490.
- 145 - Les résultats éloignés dans la chirurgie de l'endocardite bactérienne. P. LEROY, J. DEWILDE, J.C. LULE, J. GENUYT, E. GODBARGE, J. ACAR Coeur 1979 ; 10 : 325.
- 146 - Les endocardites infectieuses chez les porteurs de prothèses valvulaires. A. VAHANIAN, J. F. PROST, C. RICHARD, J. DEWILDE et J. ACAR . Com. Journées provinciales de Cardiologie, Reims 20-21 juin 1981. Arch. Mal. Coeur 1982, 75 : 971.
- 147 - Chirurgie mitrale conservatrice dans le traitement de l'insuffisance mitrale infectieuse. P.L. MICHEL, F. DRISSI, E. DADEZ, B. CORMIER, C. ACAR, A. DELOCHE, A. VAHANIAN, J. ACAR. Arch. Mal. Coeur, 1994 ; 87 : 349.
- 148 - Native cardiac disease predisposing to infective endocarditis. P.L. MICHEL et J. ACAR . Eur Heart J. 1995 16 (suppl. B), 2
- 149 - La date de la chirurgie dans le traitement des insuffisances aortiques par endocardite bactérienne. J. ACAR, J.P. LABORDE, P. HERICORD. Arch. Mal Coeur 1976 ; 69, 135.
- 150 - Early or delayed surgery in acute native aortic valve endocarditis. P.L. MICHEL, B. VITOUX, A. HAGE, G. GHANEM, P. DYBANTSA et J. ACAR in D. HORSTKOTTE, E. BODNAR. Current Issues in heart valve disease. Infective endocarditis. London ICR, Publishers, 1991 : 220.
- 151 - La chirurgie de l'endocardite bactérienne. Quand ? J. ACAR et P.L. MICHEL. Arch. Mal. Coeur 1993 ; 86 : 1863
- 152 - Surgical treatment of infective endocarditis. J. ACAR, P.L.MICHEL, O. VARENNE, P. MICHAUD and T. RAFIK . Eur. Heart J. 1995, 16; suppl. B. : 94
- 153 - Infective endocarditis. J. ACAR and P.L. MICHEL. In Cardiology, M.CRAWFORD, J. DI MARCO, W. PAULUS, 2ème édition, ch. 14, 3ème édition sous presse. MOSBY INTERNATIONAL LIMITED LONDON 2004
- 154 - La valvuloplastie mitrale conservatrice est-elle utilisable dans le traitement de l'insuffisance mitrale d'origine bactérienne ? F. DRISSI, P.L. MICHEL, B. IUNG, E. DADEZ, B. CORMIER, A. VAHANIAN, J. ACAR. 18ème Congrès de Cardiologie de Langue Française. Monastir, 31 mai-3 juin 1992.
- 155 - Insuffisance mitrale infectieuse aiguë. Résultats de la chirurgie conservatrice. P.L. MICHEL, B. IUNG, J.M. PORTE, C. ACAR, A. VAHANIAN et J. ACAR. Com. Société Médicale des Hôpitaux de Paris, Paris , mai 1994.
- 156 - Les modifications E.C.G. après chirurgie sous C.E.C pour remplacement valvulaire. A propos de 95 interventions. J. ACAR, G. HANANIA, B. LANCELIN, J. FANJOUX, A. AUPERIN, J. KPODONU. Arch. Mal. Coeur, 1971 ; 64 : 1160.

- 157 - Les troubles de conduction auriculoventriculaire et intraventriculaire après remplacement valvulaire aortique. A propos de 200 opérés. J.F. FOURNIAL, D. BRODATY, Y. TERREAU, G. CHOMETTE, C. CABROL et J. ACAR Arch ; Mal. Cœur 1979 ; 72, 4.
- 158 - Les troubles de conduction auriculoventriculaire et intraventriculaire après remplacement valvulaire mitral. A propos de 100 cas. D. BRODATY, J.F. FOURNIAL, Y. TERREAU, G. CHOMETTE, C. CABROL ; Cœur Méd. Int, 1979 ; 18 : 389.
- 159 - Les troubles de conduction auriculaire et intraventriculaire après chirurgie de remplacement valvulaire. J. ACAR, D. BRODATY, J.F. FOURNIAL, Y. TERREAU, G. CHOMETTE. Soc. Méd. Hôp. Paris, Séance du 3 novembre 1978. Ann Méd. Int 1979 ; 130 : 197.
- 160 - Ventricular arrhythmias in aortic valve disease. P.L. MICHEL, M. ENRIQUEZ SARANO et J. ACAR. Réunion des groupes de travail européens 13-15 octobre 1983, Rotterdam.
- 161 - Ventricular arrhythmias in aortic stenosis before and after valve replacement. P.L. MICHEL, A. VAHANIAN, P. DERMINE, S. GRYNER, A. SCHINDLER, G. PREUD'HOMME, J. ACAR. Symposium "Aortic stenosis in adults : new trends" European Society of Cardiology, Paris, 22-23 mai 1987.
- 162 - Ventricular arrhythmias in aortic valve disease before and after surgery. P.L. MICHEL, O. MANDAGOUT, A. VAHANIAN, B. CORMIER, B. IUNG, P. LUXEREAU et J. ACAR. J. Heart Valve Dis. 1992 ; 1 : 72.
- 163 - La chirurgie cardiaque valvulaire. Un demi siècle d'histoire. J. ACAR, Arch. Mal. Coeur, 1995 ; 88 : 1327.
- 164 - Prothèses de Starr aortiques habillées à bille métallique n° 2 300. Etude d'une série de 22 cas. J. ACAR, M. ROCACHE, E. ARIE, H. JALLUT, P. POUGET, Cœur, 1, 553, 1970.
- 165 - Prothèses de Starr aortiques. Avantages et inconvénients des nouveaux modèles à bille métallique et des prothèses à bille de silastène. J. ACAR, H. JALLUT, M. ROCACHE, E. ARIE, P. POUGET. Ann. Méd. Int, 1971 ; 122 : 157.
- 166 - Prothèse de Björk-Shiley Monostrut en position aortique. Evolution à moyen terme. P. CANIVET, B. VITOUX, A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, B. CORMIER, M. ENRIQUEZ-SARANO, C. RICHAUD et J. ACAR . Arch. Mal. Cœur, 1991 ; 84 : 57.
- 167 - Adaptation of Ionescu Shiley prosthesis to Isoproterenol stress post-operative hemodynamic study. A. VAHANIAN, P. LUXEREAU, M. ENRIQUEZ-SARANO, J.M. JAIS, C.H. SAVIER, J. ACAR . 3rd Meeting of the Working Groups of the European Society of Cardiology Spa, 5-7 septembre 1983 et Eur. Heart J. , 1983 ; 4 : suppl.I abstr. 43.
- 168 - Evaluation hémodynamique des bioprothèses péricardiques de Ionescu Shiley. A. VAHANIAN, M. ENRIQUEZ SARANO, J.M. JAIS, P. LUXEREAU, D. FREMONT, P. CHARBEL, R. KASSAB, C.H. SAVIER, J. ACAR. Arch. Mal. Cœur 1985 ; 78 : 119.
- 169 - Résultats à moyen terme du remplacement valvulaire aortique par la bioprothèse péricardique de Ionescu Shiley. A propos de 109 patients. P.L. MICHEL, R. KASSAB, A. VAHANIAN, M. BELKAID et J. ACAR. Arch. Mal. Cœur 1986 ; 79 : 1046.
- 170 - Résultats à moyen terme du remplacement valvulaire à l'aide de deux types d'hétérogreffes péricardiques. A propos de 208 patients. P.L. MICHEL, A. VAHANIAN, J.M. PORTE, C. PIOTTON, F. LABEDAN, J. DEWILDE et J. ACAR . Arch. Mal. Cœur, 1991 ; 84 : 785.
- 171 - Post-operative hemodynamics of Mitroflow pericardial Xenograft. A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, M. SLAMA, R. KASSAB, C.H. SAVIER, J. ACAR. 13th Annual Meeting European Society Artificial Organs. Avignon, 20 septembre 1986.
- 172 - Quelle prothèse choisir pour l'orifice aortique ? E. FARAH, L. ENRIQUEZ SARANO, A. VAHANIAN, J.P. HOULLEGATTE, A. BOUBAKER, R. KASSAB, P. LUXEREAU, J. ACAR ; 12^{ème} Congrès de Cardiologie de Langue Française. Agadir, 10-12 mai 1984.

- 173 - Mechanical versus bioprosthetic aortic valve replacement in the elderly . P. LUXEREAU, M. ENRIQUEZ SARANO, A. VAHANIAN, R. KASSAB, A.M. DUVAL et J. ACAR. 3rd Meeting of the Working Groups of the European Society of Cardiology, Spa, 5-7 septembre 1983. et Eur. Heart J. 1983 ; 4 : suppl. I, abst 53.
- 174 - Insuffisance aortique sur valve de Starr. J. ACAR, J. RAIMBEAUX, R. LAINEE, L. ANTEBI, D. GRIMBERG et P. LUXEREAU . Arch. Mal. Cœur 1973 ; 66 : 113.
- 175 - Hémolyse et prothèses valvulaires. Etude de 136 cas. J. ACAR, R. LAINEE, E. ARIE, A. BERNADOU, J.P. BAYARD, C. SULTAN, P. VERNANT. Arch. Mal. Coeur, 1971 ; 64 : 1274.
- 176 - Etude de l'hémolyse intravasculaire chez les malades porteurs des prothèses valvulaires J. ACAR, P. VERNANT, J.P. BAYARD, C. SULTAN, R. LAINEE, E. ARIE, Ann. Méd. Int. 1971 ; 122 :517.
- 177 - Evolution sténosante des hétérogreffes en position aortique ou mitrale A propos de deux cas. J. ACAR, A. CARPENTIER, G. CHOMETTE, C. LELGUEN, H. GESCHWIND, S. SZTARKMAN. Arch. Mal. Coeur, 1976 ; 69 : 929..
- 178 - Angor ou infarctus après remplacement valvulaire. Etiologie. P. LUXEREAU, J. FANJOUX, P. BALEDEMENT, J. DEWILDE et J. ACAR ; Journées de Cardiologie, Cannes 30 septembre, 1-2 octobre 1977. Cœur 1978, n° spécial IX : 815.
- 179 - Indications et résultats des réinterventions chez les opérés de prothèses mitrales et aortiques. J. ACAR, F. DURON, P. LUXEREAU, F. GRIMBERG, R. LAINEE, A. AUPERIN, E. FARAH. Journées Internationales de Cardiologie, Deauville, 4-6 octobre 1974. Cœur, 1975 ; n° spécial VI : 487.
- 180 - Surveillance d'un porteur de prothèse valvulaire et problème des réinterventions. J. ACAR, A. BOUBAKER, Y. AERTS et E. ARIE. Ann. Cardiol. Angéiol. 1979 ; 28 : 463.
- 181 - Pronostic des réinterventions pour dysfonction de bioprothèse. O. NALLET, V. ROGER, P.L. MICHEL, F. RENALDI, E. FARAH et J. ACAR. Arch. Mal. Cœur 1992 ; 85 : 303.
- 182 - Accidents thromboemboliques et hémorragiques chez les malades porteurs de prothèse valvulaire. J. ACAR, H. SANCHO, O. DE PUYFONTAINE, A. VAHANIAN . La revue de Médecine, 1976 ; 34 : 1811.
- 183 - Le risque hémorragique en face du risque thromboembolique chez les porteurs de prothèse valvulaire. J. ACAR, A. VAHANIAN, O. DE PUYFONTAINE, H. SANCHO. Arch. Mal. Cœur, 1977 ; 70 : 883.
- 184 - Le risque thromboembolique chez les porteurs de prothèses valvulaires. E. FARAH, M. CADILHAC, A. BOUBAKER, C. SZTARKMAN et J. ACAR, VI^e Congrès International. Thrombose Ligue Méditerranéenne. Monte Carlo octobre 23-25, 1980, n° 201. Scand. Journ. of Haematology, 1981 suppl.38 : 96.
- 185 - Les accidents thromboemboliques chez les porteurs de prothèse en fonction du type de valve et de la cardiopathie. E. FARAH, M. CADILHAC, A. BOUBAKER, P. ROLLAND, J. FANJOUX et J. ACAR. Cœur, 1980, n° spécial XI: 317.
- 186 - Les thromboses des prothèses aortiques. A propos de 9 cas vérifiés. Communication au 8^{ème} Congrès de Cardiologie de Langue Française. Agadir, mai 1979. J. DEWILDE, F. DARONDEL, A. BELKAID, D. RAMDANE, M. ZIZI et J. ACAR.
- 187 - Plasma beta thromboglobulin in patients with valvular heart disease. Relationship with thromboembolic accidents. J. CONARD, M.H. HORELLOU, M. BAILLET, E. TERRIER, J.P. HOULLEGATTE, E. FARAH, M. SAMAMA et J. ACAR . Congrès international de la Société Européenne de Cardiologie. Paris, 15-16 décembre 1983. Eur. Heart J. 1984,5 : suppl.D, 5.

- 188 - Flow through mechanical heart valves and thrombosis. Visualization by washing test. A..B. BRAMI, J. ACAR, A. CARPENTIER. Congrès International de la Société Européenne de Cardiologie, Paris 15-16 décembre 1983. Eur. Heart J., 1983 ; 4, suppl. I, abstr. n°8.
- 189 - Thromboembolic and hemorrhagic risk in mechanical and biological aortic prostheses. E. FARAH, M. ENRIQUEZ SARANO, A. VAHANIAN, J.P. HOULLEGATTE, A. BOUBAKER et J. ACAR. Congrès International de la Société Européenne de Cardiologie, Paris 15-16 décembre 1983. Eur. Heart J. 1983 ; 4 : suppl. I, abstr. n° 12.
- 190 - Cardiac complications after subsequent non cardiac operations in patients with non biological prosthetic heart valves. Congrès International de la Société Européenne de Cardiologie, Paris, 15-16 décembre 1983. D. DARMON, M. ENRIQUEZ SARANO et J. ACAR . Eur. Heart J. 1983 ; 4 : suppl. I, abstr. n° 59.
- 191 - Complications thromboemboliques des prothèses. P. L. MICHEL, F. BOUSTANI, M. SAMAMA et J. ACAR in Cardiopathies valvulaires acquises , J. ACAR et C. ACAR 2ème éd. Flammarion, Médecine Sciences, 2000, ch. 40 : 556.
- 192 - Recurrent systemic embolic events with valve prosthesis. J. ACAR, M. ENRIQUEZ SARANO, E. FARAH, R. KASSAB, P. TUBIANA et V. ROGER. Eur. Heart J., 1984 ; 5, suppl. D : 33.
- 193 - Diagnosis of late prosthetic valve thrombosis. J. ACAR, E. FARAH, D. GRIMBERG, P.L. MICHEL, J. GUERINON, A. VAHANIAN et B. CORMIER. Com 11th Congress of the European Society of Cardiology, Nice, Septembre 1989.
- 194 - Non-occlusive prosthetic thrombosis on transoesophageal echocardiography after mitral surgery : evolution with medical treatment. B. IUNG, B. CORMIER, J.M. PORTE, E. DADEZ, S. SZTARKMAN, J. ACAR, A. VAHANIAN ; 44th Annual Scientific Session of the American College of Cardiology. New Orleans, 19-22 mars 1995.
- 195 - AREVA : Multicenter randomized comparison of low-dose versus standard-dose anticoagulation in patients with mechanical prosthetic heart valves. J. ACAR, B. IUNG, J.P. BOISSEL, M.M. SAMAMA, P.L. MICHEL, J.P. TEPPE, J.C. PONY, H. LE BRETON, D. THOMAS, R. ISNARD, G. DE GEVIGNEY, E. VIGUIER, A. SFIHI, G. HANANIA, M. GHANNEM, A. MIRODE, C. NEMOZ, and the AREVA group. Circulation 1996 ; 94 : 2107.
- 196 - Résultats de l'étude hémodynamique des valvulopathies opérées par prothèse. J. ACAR, G. LUTFALLA, J. CARLET, P. LUXEREAU, H. GESCHWIND, F. HERREMAN et H. SANCHO. Arch. Mal. Coeur 1976 ; 69 : 171.
- 197 - Hemodynamic data and left ventricular function of diseased mitral valves replaced by prostheses : post operative changes and prognostic value. P. LUXEREAU, F. HERREMAN, J. CARLET, G. LUTFALLA et J. ACAR. The mitral valve. A pluridisciplinary approach. International symposium – Paris, mai 1975. D. KALMANSON M.D. Editor, p. 437.
- 198 - Heart failure and valvular replacement. J. ACAR, P. LUXEREAU, A. VAHANIAN et P. DUCIMETIERE . Proceeding of the International Symposium congestive heart failure. New hopes ? Brussels , january 9th and 10th, 1982. Acta cardiol. 1982 ; suppl. XXVII, 123.
- 199 - Le remplacement valvulaire aortique chez les malades avec insuffisance cardiaque. A. VAHANIAN, P. LUXEREAU, P. DUCIMETIERE, J. ACAR. Revista Latina de cardiologia, 1982 ; 3 suppl. I : 140.
- 200 - Remplacement valvulaire mitral après 65 ans. A. VAHANIAN, E. ETTNER, P. LUXEREAU et J. ACAR . Second Joint Meeting of the working groups of European Society of Cardiology, 3-5 septembre 1981, Pavia, Italy.
- 201 - La chirurgie orificielle aortique au delà de 60 ans. J. ACAR, J.P. LABORDE, I. AZANCOT, P. POUGET, J. GAMERMAN . Arch. Mal. Coeur, 1973 ; 66 : 975.

- 202 - Remplacement valvulaire aortique après 65 ans. P. LUXEREAU, A. VAHANIAN, P. DUCIMETIERE, D. CAILLET, D. GARNIER et J. ACAR. Second Joint Meeting of the Workings groups of the European Society of Cardiology. 3-5 septembre 1981, Pavia, Italy.
- 203 - Prévion des résultats opératoires des rétrécissements aortiques calcifiés en fonction de l'âge. P. LUXEREAU, A. VAHANIAN, P. DUCIMETIERE, D. CAILLET, D. GARNIER et J. ACAR. Com. Société Médicale des hôpitaux de Paris le 12 novembre 1982. Ann. Méd. Interne, 1983 ; 134 : 6.
- 204 - Pre and postoperative assessment of right ventricular function in mitral valve disease using radionuclide angiography. M. ENRIQUEZ SARANO, J. BILAINE, J.Y. DEVAUX, J.C. ROUCAYROL et J. ACAR. American College of Cardiology, 31th Annual Scientific Session. Atlanta, Georgia- April 25-29, 1982. Abstr. The Am. Journal of Cardiol, 1982 ; 49 : 1046.
- 205 - Mitral calcification in aortic stenosis. P. L. MICHEL, B. VITOUX, P. DERMINE, A.HAGE, M. PEZZANO, G. GHANEM et J. ACAR ; Eur. Heart J. 1988 ; 9 (suppl.E) :77.
- 206 - Les sténoses aortiques du sujet âgé de plus de 75 ans. Les indications respectives de la chirurgie et de la valvuloplastie : à propos de 194 cas. P. L. MICHEL, B. IUNG, A. VAHANIAN, M. SLAMA et J. ACAR. Com. Société Médicale des Hôpitaux de Paris, Paris, mai 1989.
- 207 - Insuffisance mitrale et valvulopathie aortique. J. ACAR, P. LEMANT, J. FANJOUX et D. GRIMBERG. Cœur Méd. Int. 1969 ; VIII : 449.
- 208 - Les limites des investigations et des interventions thérapeutiques dans le rétrécissement aortique du sujet âgé. P.L. MICHEL, B. IUNG, A. VAHANIAN, B. CORMIER, P. LUXEREAU et J. ACAR. Com. Société française de Cardiologie. Paris, 18 janvier 1991.
- 209 - The effect of age on early and late results of valve replacement for aortic stenosis. A. VAHANIAN, P. LUXEREAU, P. DUCIMETIERE et J. ACAR. Com 9th World Congress of Cardiology. Moscou, 20-26 juin 1982.
- 210 - Insuffisance respiratoire chronique. Incidences sur les résultats de la chirurgie de remplacement valvulaire. J. ACAR, R. LAINEE, C. CABROL, C.SORS, B. GAMAIN, G. ATLAN, J.L. BREAU, A. FERRIER. Arch. Mal. Coeur 1975 ; 68 :869.
- 211 - Résultats au-delà de 5 ans du remplacement monovalvulaire mitral et aortique par une prothèse à bille. J. BENSaid, P. LUXEREAU, G. HANANIA, J. ACAR, A. GERBAUX, Journées Internationales de Cardiologie, Deauville 4-6 octobre 1974, Cœur 1975 ; n° spécial VI, 399.
- 212 - Risques et résultats éloignés du remplacement monovalvulaire tricuspide par une prothèse à bille ou à disque. J. BENSaid, J.C. MENUET, C. AMOUDRY, S. WITCHITZ, J. ACAR, A. GERBAUX. Com. Société Française de Cardiologie, 18 novembre 1978. Arch. Mal. Coeur, 1979 ; 72 : 4.
- 213 - Les désinsertions itératives des prothèses valvulaires aortiques. J. BENSaid, I. GANDJBAKHCH, J. DEWILDE, J.P. BASSAND, M. PORNIN, P. OURBAK, J.C. PONY, Y. LOGEAI, J. ACAR, A. GERBAUX, C. CABROL et P. MAURICE. Com. Société Française de Cardiologie. Journées Calazel, 21 novembre 1981. Arch. Mal. Coeur 1983 ; 76 : 123.
- 214 - Risques et résultats à moyen terme du remplacement valvulaire aortique pour sténose calcifiée chez 100 sujets de plus de 70 ans. C. CABROL, J. BENSaid, J.J. DOUMEIX, G. BLANC, J. ACAR, B. MORIN. Arch. Mal. Coeur 1979 ; 72 : 842.
- 215 - Thromboses tardives sur prothèse mitrale. A propos de 27 observations. C. LELGUEN, F. FERNANDEZ, A. GERBAUX, E. NEVEUX, P. BICKERT, P. MAURICE, J. LOUVET, E. FARAH et J. ACAR. Arch. Mal. Coeur, 1979 ; 22 : 730.

- 216 - Grossesses chez les porteurs de prothèses valvulaires. G. HANANIA, D. THOMAS, P.L. MICHEL, E. GARBARZ, C. AGE, A. MILLAIRE et J. ACAR . Arch. Mal. Cœur 1994 ; 87 : 429.
- 217 - Surveillance radiologique des prothèses valvulaires. N. VASILE, J. ACAR, C. SZTARKMAN, P. LUXEREAU, J. FERRANE. Com. Société Française de radiologie médicale 21 mars 1973. J. Radiol. 1974 ; 54 : 123.
- 218 - Complications tardives, surveillance, traitement des porteurs de prothèses valvulaires. F. DURON, P. LUXEREAU, P. POUGET, G. LUTFALLA, D. GRIMBERG et J. ACAR. Cœur Méd Int, 1975 ; 14 : 85.
- 219 - Surveillance phonomécanographique des prothèses valvulaires. D. GRIMBERG, F. DURON, P. LUXEREAU, P. POUGET et J. ACAR. Cœur Méd Int, 1975 ; 14 : 255.
- 220 - Early postoperative transoesophageal echocardiography after mitral valve replacement : significance of small abnormal prosthetic echoes. E. DADEZ, B. CORMIER, E. VIGUIER, B. IUNG, B. CAVIEZEL et J. ACAR . Eur. Heart J. 1992 ; 13 , abstr. suppl. 2192.
- 221 - Small abnormal echoes after mitral valve replacement with bileaflet mechanical prostheses. Predisposing factors and effect on thromboembolism. B. IUNG, B. CORMIER, E. DADEZ, M. F. DRISSI, B. TSEZANA, E. VIGUIER, B. CAVIEZEL, P.L. MICHEL, M. SAMAMA et J. ACAR. J Heart Valve Dis. 1993 ; 2 : 259.
- 222 - Valvuloplastie percutanée dans un cas de sténose mitrale à valves souples (fait clinique). A. VAHANIAN, M. SLAMA, B. CORMIER, P.L. MICHEL, C.H. SAVIER et J. ACAR ; Com. Société Française de Cardiologie, Paris 24 mai 1986.
- 223 - Valvuloplastie mitrale percutanée chez l'adulte : à propos de 5 cas. A. VAHANIAN, M. SLAMA, B. CORMIER, P.L. MICHEL, C.H. SAVIER et J. ACAR . Arch. Mal. Cœur 1986 ; 79 : 1896.
- 224 - La valvuloplastie mitrale percutanée : nouvelle thérapeutique du rétrécissement mitral. J. ACAR, A. VAHANIAN. Arch. Mal Cœur 1987 ; 80 : 1101.
- 225 - Les valvuloplasties mitrales percutanées. A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, S. TRABELSI, M. SLAMA, B. CORMIER, M. BEN ISMAIL et J. ACAR. Ann Méd Int 1987 ; 138 : 620.
- 226 - Mitral balloon valvuloplasty in adults. A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, M. SLAMA, B. CORMIER, S. TRABELSI, P. DERMINE et J. ACAR . Z Kardio 1987 ; 76 suppl 6 : 105.
- 227 - La valvuloplastie mitrale percutanée chez l'adulte. P. DERMINE, A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, B. CORMIER, M. SLAMA, J. ACAR, Louvain Méd. 1988 ; 107 : 9.
- 227 bis Percutaneous balloon valvotomy in patients with previous surgical mitral commissurotomy J. ACAR, A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, B. CORMIER, S. TRABELSI, M. SLAMA, P. CAZAUX, M. ENRIQUEZ SARANO ; 10th Congress of the European Society of Cardiology. Vienne, août 1988. Eur. Heart J. 1988 ; 9 suppl. 1, abstr. 1431.
- 228 - La commissurotomie mitrale percutanée : à propos de 130 cas. A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, M. SLAMA, B. CORMIER, B. VITOUX, S. TRABELSI, O. LEBORGNE, X. MICHEL, M. BEN ISMAIL et J. ACAR . Arch. Mal. Cœur 1988 ; 81 : 755.
- 229 - Results of percutaneous mitral commissurotomy in 200 patients. A. VAHANIAN, P. L. MICHEL, B. CORMIER, B. VITOUX, X. MICHEL, M. SLAMA, M. ENRIQUEZ SARANO , S. TRABELSI, M. BEN ISMAIL et J. ACAR . Am. J. Cardiol. 1989 ; 63 : 847.
- 230 - Evaluation par échographie bidimensionnelle et Doppler des résultats de la valvuloplastie mitrale percutanée. B. CORMIER, A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, C. SZTARKMAN, L. ENRIQUEZ SARANO, A. KULAS, B. VITOUX et J. ACAR . Arch. Mal. Cœur 1989 ; 82 : 185.

- 231 - Valvuloplastie mitrale percutanée. A.VAHANIAN, P.L. MICHEL, B. CORMIER, J. ACAR. Schweiz Med Wochenschr 1990 ; 120 : 1687.
- 232 - Traumatic rupture of papillary muscle after percutaneous mitral commissurotomy (letter). C. ACAR, A. VAHANIAN, A. DELOCHE, J. ACAR, A. CARPENTIER. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1990 ; 99 : 376.
- 233 - Mitral valve repair for anterior leaflet disruption following percutaneous mitral balloon (Letter). C. ACAR, A. VAHANIAN, V.J. JEBARA, J.N. FABIANI, A. DELOCHE, J. ACAR, A. CARPENTIER. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1991 ; 102 : 468.
- 234 - Transoesophageal echocardiography in the assessment of percutaneous mitral commissurotomy. B. CORMIER, A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, J.M. PORTE, B. IUNG, E. DADEZ et J. ACAR. Eur. Heart J. 1991 ; 12 suppl. B : 61.
- 235 - The risk of embolism during percutaneous mitral commissurotomy. A. VAHANIAN, G. GHANEM, P.L. MICHEL, B. CORMIER, J. ELIAS, O. NALLET, E. DADEZ et J. ACAR ; 42ND Annual Scientific Session of the American College of Cardiology . Anaheim, Etats-Unis, 14-18 mars 1993.
- 236 - Influence of percutaneous mitral commissurotomy on left atrial spontaneous contrast of mitral stenosis. B. CORMIER, A. VAHANIAN, B. IUNG, J.M. PORTE, E. DADEZ, A. LAZARUS, C. SZTARMAN et J. ACAR . Am. J. Cardiol. 1993 ; 71 : 842.
- 237 - Long term results after successful percutaneous mitral commissurotomy in 532 patients. B. IUNG, B. CORMIER, J. ELIAS, J.M. PORTE, P. L. MICHEL, A.VAHANIAN et J. ACAR ; 43RD Annual Scientific Session of the American College of Cardiology. Atlanta, Etats Unis, 13-17 mars 1994.
- 238 - Usefulness of percutaneous balloon commissurotomy for mitral stenosis during pregnancy. B. IUNG, B. CORMIER, J. ELIAS, P.L. MICHEL, O. NALLET, J.M. PORTE, S. SANANES, S. UZAN, A. VAHANIAN et J. ACAR. Am. J. Cardiol. 1994 ; 73 : 398.
- 239 - Foetal and obstetrical impact of percutaneous balloon mitral commissurotomy during pregnancy. S. SANANES, B. IUNG, A. VAHANIAN, J. ACAR, J. SALAT-BAROUX, S. UZAN. Foetal Diagn Ther 1994 ; 9 : 218.
- 240 - Intérêt de l'échocardiographie transoesophagienne dans le suivi des commissurotomies mitrales percutanées réussies. J. M. PORTE, B. CORMIER, B. IUNG, E. DADEZ, S. SZTARKMAN, P.L. MICHEL, O. NALLET, A. VAHANIAN et J. ACAR . Arch. Mal. Cœur 1994 ; 87 : 211.
- 241 - Mitral valvuloplasty . The French experience. A. VAHANIAN et J. ACAR . Textbook of Interventional Cardiology. Sec. Ed. 1994, Vol 2, ch. 71 : 1206. Edit E.J. TOPOL, W.B SAUNDERS COMPANY.
- 242 - Open mitral commissurotomy or percutaneous mitral commissurotomy ? Editorial J. ACAR. J. Heart Valve Dis. 1994 ; 3 : 133.
- 243 - Indications pour la commissurotomie mitrale percutanée. B. CORMIER, A. VAHANIAN, B. IUNG, J. ACAR. Presse Med 1995 ; 24 : 250.
- 244 - Percutaneous mitral commissurotomy in the elderly. B. IUNG, B. CORMIER, B. FARAH, O. NALLET, J.M. PORTE, P.L. MICHEL, A. VAHANIAN et J. ACAR. Eur. Heart J 1995 ; 16 : 1092.
- 245 - Early assessment by transoesophageal echocardiography of left atrial appendage function following percutaneous mitral commissurotomy. J.M. PORTE, B. CORMIER, B. IUNG, E. DADEZ, C. SZTARKMAN, O. NALLET, P.L. MICHEL, J. ACAR et A. VAHANIAN. Am J Cardiol 1996 ; 77 : 72.
- 246 - Functional results 5 years after successful percutaneous mitral commissurotomy in a series of 528 patients. An analysis of predictive factors. B. IUNG, B. CORMIER, P.

- DUCIMETIERE, J.M. PORTE, O. NALLET, P.L. MICHEL, J. ACAR et A. VAHANIAN . J. Am. Coll. Cardiol. 1996 ; 27 : 407.
- 247 - Immediate results of percutaneous mitral commissurotomy. A predictive model on a series of 1514 patients. B. IUNG, B. CORMIER, P. DUCIMETIERE, J.M. PORTE, O. NALLET, P.L. MICHEL, J. ACAR, A. VAHANIAN. Circulation 1996 ; 94 : 2124.
- 248 - Percutaneous balloon valvuloplasty for acquired aortic stenosis : preliminary immediate results of the French registry. A. CRIBIER, B. LETAC, B. LANCELIN, J. GUERMONPREZ, G. TRAISNEL, J. MACHECOURT, P. VIROT, G. DROBINSKI, P. COMMEAU, A. VAHANIAN et J. ACAR. 59th Annual Scientific Session of the American Heart Association, Dallas, 17-20 novembre 1986. Circulation 1986, 74 ; suppl. II, abstr. 830.
- 249 - Experimental balloon valvuloplasty of calcified aortic stenosis in the elderly. A. VAHANIAN, J. GUERINON, P.L. MICHEL, M. SLAMA, M. GRIVAUX et J. ACAR, 59th Annual Scientific Session of the American Heart Association, Dallas, 17-20 novembre 1986. Circulation 1986, 74 suppl. II, abstr 1457.
- 250 - Experimental balloon valvuloplasty of calcified aortic stenosis in the elderly. J. GUERINON, A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, J. AUSSAGE, M. GRIVAUX et J. ACAR . Symposium « Aortic stenosis in adults ; new trends » European Society of Cardiology, Working Group on evaluation of valvular prosthesis. Paris, 22-23 mai 1987.
- 251 - Treatment of calcified aortic stenosis : surgery or percutaneous transluminal aortic valvuloplasty ? J. ACAR, A. VAHANIAN, M. SLAMA, B. CORMIER, P.L. MICHEL, P. LUXEREAU, E. FARAH, O. LEBORGNE, P. DERMINE, Eur. Heart J 1988, 9 suppl. E : 163.
- 252 - Percutaneous aortic and mitral valvuloplasty. J. ACAR, A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, B. CORMIER, M. SLAMA, B. VITOUX, V. ROGER, R. DORENT. Cardiologia 1989 ; 34 suppl. I : 288.
- 253 - Valvuloplasties aortiques percutanées de l'adulte. Résultats immédiats et à court terme. M. SLAMA, A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, B. CORMIER, H. VAN VIET et J. ACAR. Arch. Mal. Cœur 1989 ; 82 : 307.
- 254 - Deux cas d'endocardites à entérocoques. Guérison par l'association Pénicilline – Streptomycine après échec des autres antibiotiques bactériostatiques. M. MORIN, J. LAFON, J. GRAVELEAU, J. AICARDI, J. ACAR et D. LAPLANE. Bull. et Mem. Soc. Med. Hôp. de Paris, 1953 ; 69 : 92.
- 255 - Rupture d'anévrisme du sinus de Valsalva par greffe bactérienne inaugurée par un bloc auriculoventriculaire. H. JALLUT, B. ALIX, R. SLAMA, G. CHOMETTE, J. CASSAGNES, J. ACAR. Nouv. Presse Med, 1972 ; 1 : 1421.
- 256 - Double mitral homograft for recurrent bacterial endocarditis of the mitral and tricuspid valve. C. ACAR, B. IUNG, P. GRARE, A. BERREBI, N D'ATTELIS, B. CORMIER, J. ACAR, A. CARPENTIER. J. Heart Valve Dis. 1994 ; 3 : 490.
- 257 - Insuffisance mitrale massive secondaire à une rupture de pilier. J. ACAR, J. VAYSSE, S. GAUDEAU et M. CARAMANIAN. Cœur méd. Int. 1965 ; IV : 411.
- 258 - Insuffisance mitrale par fibrose ischémique des piliers. P. SOULIE, B. MORIN, J. ACAR, J. FORMAN et M. CARAMANIAN. Arch. Mal. Cœur 1966 ; 59 : 694.
- 259 - Insuffisance mitrale aiguë J. ACAR, Ann. Cardiol. Angéiol. 1993 ; 44 : 561.
- 260 - La mort subite au cours des valvulopathies. J.M. JAIS, P. LUXEREAU et J. ACAR ; Ann. Cardiol. Angéiol. 1980 ; 29 : 359.
- 261 - L'évolution des lésions valvulaires rhumatismales de l'adulte. P. SOULIE, J. ACAR, P. ROLLAND et M. CARAMANIAN. Cœur Méd. Int. 1965 ; IV : 43.

- 262 - La variété mitrale du souffle systolique en écharpe. P. SOULIE, F. JOLY, J. CARLOTTI, J. ACAR et J. VALTY. Arch. Mal. Coeur 1967 ; 60 : 243.
- 263 - Contribution à l'étude hémodynamique et électrocardiographique des péricardites chroniques constrictives. Thèse J. ACAR, 28 juin 1956, Paris.
- 264 - Le contrôle hémodynamique per opératoire de l'efficacité de la péricardectomie. G. OUSTRIERES, J. ACAR, P. VERNANT et J. MATHEY. Arch. Mal. Coeur 1957 ; 50 : 7.
- 265 - Etude sur le diagnostic de constriction dans les péricardites chroniques apport et valeur de l'hémodynamique. P. CHICHE, J. CARLOTTI et J. ACAR. Arch. Mal. Coeur, 1957 ; 50 : 585.
- 266 - Péricardites chroniques et constriction péricardique. Les formes incomplètes et atypiques des péricardites constrictives. P. SOULIE, P. CHICHE et J. ACAR. Presse Méd, 1958 ; 66 : 579.
- 267 - Indications opératoires et résultats de la péricardectomie dans la péricardite chronique constrictive. A propos de 95 cas. P. SOULIE, J. ACAR, F. HERREMAN et S. GAUDEAU. Coeur Méd. Int. 1968 ; VII : 31.
- 268 - Polysérite évolutive compliquant une polyarthrite rhumatoïde stabilisée biologiquement. Péricardite constrictive traitée par péricardectomie. F. DURON, J. POINTILLARD, J. FRANCON, A. PORTAL, J. ACAR, J. LAINÉE et P. AUBERT. Ann. Méd. Int. 1976 ; 127 : 837
- 269 - Pneumopéricarde avec tamponade. J. ACAR, J.J. GALEY, P. LEBORGNE, P. BALEDENT. Arch. Mal. Coeur 1961 ; 54 : 929.
- 270 - Les sténoses infundibulaires du ventricule gauche. P. JOLY, J. CARLOTTI, M. DEGEORGES et J. ACAR. Rapp. III^e Congrès Européen de Cardiologie ROME, septembre 1960.
- 271 - Le syndrome pseudosténose aortique – insuffisance mitrale. P. SOULIE, J. ACAR, J. FORMAN, M. BEN ISMAIL. Arch. Mal. Coeur, 1963 ; 56 : 945.
- 272 - Insuffisance mitrale et cardiomyopathie obstructive. Indications du remplacement de la valve mitrale. J. ACAR, P. LUXEREAU, J.A. SIMON, P. BACHELERIE, M. ALGAZI, J.C. LULE. Ann. Méd. Int. 1976 ; 127 : 915.
- 273 - Hypertension artérielle et cardiomyopathie obstructive. J. ACAR, D. GRIMBERG, M.G. BOUSSER et O. MOUJIKIAN. Coeur, 1970 ; I : 135.
- 274 - Intérêt du carotidogramme dans la sténose musculaire. Etude de 50 cas et de 1668 cardiopathies diverses. D. GRIMBERG, J. ACAR, F. JOLY et G. HUMBERT. Arch. Mal. Coeur 1969 ; 62 : 183.
- 274 bis - Endocardite infectieuse sur sténose idiopathique de la chambre de chasse du ventricule gauche. J.ACAR, L. GUIZE, J. FOUCHARD et E. APOIL. Coeur Méd. Int. 1968 ; VII : 573.
- 275 - Thromboses artérielles pulmonaires chroniques. Modalités thérapeutiques. A propos de 6 observations. J. ACAR, C. CABROL, M. SAMAMA, R. MILOCHEVITCH, P. POUGET, J. FANJOUX, M. POISSON, A. FELDMAN. Arch. Mal. Coeur 1975 ; 68 : 1165.
- 276 - Traitement chirurgical des thromboses chroniques post emboliques de l'artère pulmonaire. J. ACAR, C. CABROL, I. GANDJBAKHCH, G. GUIRAUDON, F. MATTEI, P. GODEAU, P. VERNANT. Ann. Cardiol. Ang. 1976 ; suppl. 1, 25 : 463.
- 277 - Traitement thrombolytique dans les embolies pulmonaires subaigues et chroniques. J. ACAR, P. CHICHE, M. SAMAMA, O. DE PUYFONTAINE, R. BENAÏM, C. UZAN, R. MILOCHEVITCH et J. FANJOUX. Coeur Méd. Int. 1977 ; 16 : 365.

- 278 - Embolies artérielles pulmonaires chroniques. Modalités évolutives et possibilités thérapeutiques. J. ACAR, O. DE PUYFONTAINE, J. FANJOUX, M. POISSON et D. RAMDANE. *Cœur Méd. Int.* . 1977 ; 16 : 525.
- 279 - Surgical correction of chronic post embolic obstruction of the pulmonary arteries. C. CABROL, A. CABROL, J. ACAR, I. GANDJBACHKH, G. GUIRAUDON, L. LAUGHLIN, M.F. MATTEI, P. GODEAU. Communication of the fifty eight annual meeting of the American Association of Thoracic Surgery, New Orleans, Louisiane 8-10 mai 1978. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1978 ; 76 : 620.
- 280 - Chronic thrombotic obstruction of major pulmonary arteries : long-term results of thromboendarterectomy in 9 patients. O. NALLET, E. BRIZIO, B. IUNG, J.M. PORTE, P. LALOGÉ, P.L. MICHEL, A. VAHANIAN, J. ACAR ; 16th Congress of the European Society of Cardiology. Berlin, 10-14 septembre 1994. *Eur. Heart J.* 1994 , 15 abstr. suppl. 1792.
- 281 - Le cœur pulmonaire subaigu néoplasique. J. ACAR, P. DELAVIERRE, J. GAY, J. DUPAGNE et M. BENOMAR . *Cœur Méd Int.* 1967 ; VI : 311.
- 282 - Hépatome sur cirrhose et cœur pulmonaire subaigu. A propos d'une observation. J. ACAR, G. CHOMETTE, J. LAVABRE, J. GAMERMAN, J.C. LE PARCO et J. DEWILDE. *Cœur Méd. Int.* 1978 ; 17 : 273.
- 283 - Activateur Tissulaire du Plasminogène : aspects cliniques dans l'infarctus myocardique. A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, M. WEBER et J. ACAR. *Nle Revue Française d'Hématologie* 1986 ; 28 : 122.
- 284 - Thrombolytic treatment in acute myocardial infarction. J. ACAR, A. VAHANIAN, P.L. MICHEL et V. ROGER . *Seminars in Thrombosis and Hemostasis* 1987 ; 13 : 186.
- 285 - Activateur Tissulaire du Plasminogène dans l'infarctus du myocarde. Aspects biologiques. M. SAMAMA, E. VERDY, J. CONARD, A. VAHANIAN, P. L. MICHEL, P. VAN DREDEN, G. N'GUYEN, M.H. HORELLOU, A. COMBRISSEON et J. ACAR. *Arch. Mal. Cœur* 1986 ; 79 : 1618.
- 286 - Bleeding complications after intravenous one chain tissue type plasminogen activator or streptokinase for acute myocardial infarction. J. ACAR, R. DORENT, A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, B. CORMIER, E. VERDY, J. CONARD, M. SAMAMA. 10th congress of the European Society of Cardiology, Vienne, août 1988. *Eur Heart J.* 1988, 9 abstr. suppl. 1, p 726.
- 287 - Le risque hémorragique dans les traitements thrombolytiques par voie intraveineuse dans l'infarctus myocardique aigu. J. ACAR, R. DORENT, A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, B. CORMIER, M. SLAMA, P. CAZAUX, J. CONARD, E. VERDY, M. SAMAMA. *Arch. Mal. Cœur* 1988 , 81 suppl I : 59.
- 288 - Thrombolyse intraveineuse par l'activateur tissulaire du Plasminogène à la phase préhospitalière dans l'infarctus myocardique aigu. A propos de 49 cas. P. CAZAUX, G. LECLERCQ, A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, J.M. SOULAS, P. BARRIOT, P. SAUVAL, M. CUPA, C. LAPANDRY, J. CONARD, E. VERDY et J. ACAR . *Arch. Mal. Cœur* 1989 ; 82 : 1967.
- 289 - La thrombolyse en phase pré-hospitalière par l'Activateur Tissulaire du Plasminogène dans l'infarctus myocardique. P. CAZAUX, P. LECLERC, A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, A. SOULAS, P. BARRIOT, M. CUPA, J. ACAR . *Com. Société Médicale des Hôpitaux Paris*, 17 décembre 1988.
- 290 - Les autres indications de la thrombolyse : thrombolyse chez le sujet âgé, thrombolyse tardive. A. VAHANIAN, O. NALLET, J.P. MARONI, J. ACAR. *Arch. Mal. Cœur* 1992 ; 85 : 713.

- 291 - L'angioplastie transluminale des coronaires dans l'infarctus myocardique aigu. A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, Y. ELBEZE, J.M. WEBER, P. CAZAUX, C.H. SAVIER, J. ACAR. Com. Société Médicale des Hôpitaux. Paris. Paris, 7 juin 1985.
- 292 - Angioplastie coronaire au stade aigu de l'infarctus après échec de thrombolyse. A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, P. CAZAUX, M. SLAMA, C. BENVENUTTI et J. ACAR. Com. Société Française de Cardiologie, Paris, Octobre 1988. ,
- 293 - Perforations septales après infarctus myocardique. A propos de 28 cas. P. SOULIE, J. LENEGRE, J. ACAR, J. GAY, M. JOUVET et M. TOUCHE. Com. Société Française de Cardiologie, 15 octobre 1967.
- 294 - Perforation septale après infarctus du myocarde opérée avec succès. P. SOULIE, C. D'ALLAINES, J. GAY, J. ACAR, J. VALTY, M. JOUVET et M. TOUCHE. Presse Méd. 1968 ; 76 : 989.
- 295 - Les communications interventriculaires après infarctus. A propos de 7 cas opérés. J. ACAR, P. LUXEREAU, C. CABROL, E. HAZAN, M. TRIBOUILLOY, D. FAGOT, D. ELGHOZI. Ann. Méd. Int. 1972 ; 123 : 751.
- 296 - Anévrismes ventriculaires à développement inhabituel. Dépistage par échocardiographie bidimensionnelle – A propos de 2 cas (fait clinique). M. ENRIQUEZ SARANO, A. VAHANIAN, C. SZTARKMAN, R. FABRE, P. CALMETTE et J. ACAR. Com. Société Française de Cardiologie. 15 mai 1982. Arch. Mal. Coeur 1983 ; 76 : 1343.
- 297 - Les sténoses coronariennes après canulation. A propos de 7 cas. J. ACAR, P. POUGET, A. AUPERIN, C. CABROL, B. FISCHER. Arch. Mal. Coeur 1975 ; 68 : 1323.
- 298 - Les sténoses coronariennes tronculaires post canulation. A propos de 13 observations. P. LUXEREAU, C. CABROL, J. DEWILDE, P. BAUDOUY, D. RAMDANE et J. ACAR. Ann. Méd. Int 1978 ; 129 : 35.
- 299 - Les anévrismes congénitaux des sinus de Valsalva. J. ACAR et F. CARTIER. Coeur et Méd. Int, 1964 ; III : 39.
- 300 - Les anévrismes des sinus de Valsalva. P. SOULIE, J. ACAR, F. CARTIER, P. VERNANT et Y. GROSGOGEAT. Arch. Mal. Coeur, 1964 ; 57 : 481.
- 301 - Les anévrismes congénitaux du septum membraneux. P. SOULIE, J. ACAR, F. ZERBIB. Coeur Méd. Int 1965 ; IV : 447.
- 302 - Les communications interauriculaires. A propos de 81 cas. P. SOULIE, J. CARLOTTI, F. JOLY, J. ACAR et J. FORMAN. Sem. Hôp. Paris 1959 ; 35 : 669.
- 303 - L'insuffisance cardiaque de la communication interauriculaire. P. OURBAK, J. ACAR, P. SOULIE et J. LENEGRE. Com Société Française de Cardiologie, 21 octobre 1962. Arch. Mal. Coeur 1962 ; 55 : 1366.
- 304 - Anévrisme du septum interauriculaire avec shunt gauche droite opéré. Aspects échocardiographiques. J. DEWILDE, M. BELLORINI, P. SIGNORET, A. VAHANIAN, A. BOURROUX, J. P. CACHERA, J. ACAR et D. GAMERMAN. Arch. Mal. Coeur 1983 ; 76 : 113.
- 305 - Implantation anormale d'une artère coronaire chez une malade de 53 ans. Correction chirurgicale. J. ACAR, C. CABROL, P. BACHELERIE, P. POUGET, N. VASILE, F. DURON. Arch. Mal. Coeur 1974 ; 67 : 1219.
- 306 - Implantation anormale de l'artère coronaire gauche et insuffisance mitrale. Transformation fibrocalcaire du pilier. Correction chirurgicale. J. ACAR, P. LUXEREAU, A. CARPENTIER, S. TBOUL, H. GESCHWIND. Ann. Méd. Int. 1975 ; 126 : 197.

- 307 - Le rétrécissement aortique sous valvulaire de l'adulte. A propos de 31 cas. J. ACAR, A. VAHANIAN, M. PASSELEAU, D. GABAY, P. VERNANT, P. CORONE, F. GUERIN. Arch. Mal. Cœur 1984 ; 77 : 397-404.
- 308 - Résultats à long terme, cliniques et hémodynamiques, du traitement de l'insuffisance cardiaque réfractaire par la Molsidomine. A. KULAS, B. ESCUDIER, N. HANNACHI, H. KOLSKI, S. WITCHITZ et J. ACAR. Arch. Mal. Cœur 1984 ; 77 : 92.
- 309 - L'insuffisance cardiaque. De nouveaux espoirs dans la thérapeutique. J. ACAR, Editorial, Ann. Méd. Int, 1985 ; 136 : 240.
- 310 - Insuffisance cardiaque globale secondaire à une fistule artérioveineuse hépaticoportale, J.P. KEVORKIAN, P.L. MICHEL, J.M. FAINTUCH, E. DADEZ, D. BONNET, J.M. BIGOT, J.M. CORMIER et J. ACAR. Arch. Mal. Cœur 1993 ; 86 : 371.
- 311 - Traitement par la quinidine de 390 cas de fibrillation auriculaire. P. MAURICE, J. ACAR, R. RULLIERE et J. LENEGRE . Arch. Mal. Cœur 1956 ; 49 : 615.
- 312 - Prévention par le traitement anticoagulant des embolies de régularisation au cours des traitements par les sels de quinidine. P. MAURICE, J. ACAR, R. RULLIERE et J. LENEGRE. Com IIè congrès Européen de Cardiologie, STOCKHOLM,1956.
- 313 - Etude clinique de 90 cas de fibrillation auriculaire idiopathique. P. MAURICE, R. RULLIERE, J. ACAR et J. LENEGRE . Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1956 ; 72 : 607.
- 314 - Dissection aortique étendue par dystrophie pariétale d'étiologie indéterminée. J. F. DELZANT, M. CARAMANIAN et J. ACAR . Cœur Méd. Int. 1962 ; I : 259.
- 315 - Manifestations cliniques et radiologiques des dissections aortiques. P. SOULIE, M. DEGEORGES et J. ACAR . Arch. Mal. Cœur, 1962 ; 55 : 1209.
- 316 - Artérite temporale traitée par A.C.T.H. et cortisone. M. MORIN, J. GRAVELEAU, J. LAFON, J. LEVEAU et J. ACAR . Bull. et Mem. Soc. Med. Hôp. Paris, 1953 ; 69 : 697.
- 317 - Sur un cas atypique d'artérite temporale : diagnostic rétrospectif confirmé par biopsie de l'artère temporale. M. MOUQUIN, C. MACREZ, R. LECONTE DES FLORIS et J. ACAR . Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1956 ; 72 : 519.
- 318 - Artérite inflammatoire à cellules géantes avec hypertension artérielle chez une patiente de 61 ans. J. ACAR, A. PIEKARSKI, P. LUXEREAU, J.M. CORMIER, J.P. CAMILLIERI et F. LEVEILLER. Ann. Méd. Int. 1977 ; 128 : 107.
- 319 - Double sténose d'une artère rénale et de l'artère mésentérique supérieure. L. ANTEBI, J. ACAR et M. CARAMANIAN. Cœur Méd Int. 1964 ; III : 111.
- 320 - Les myxomes de l'oreillette droite. P. SOULIE, J. ACAR, P. RENAULT, R. LAINEE et P. AZOULAY. Arch. Mal. Cœur 1961 ; 54 : 241.
- 321 - Myxome de l'oreillette gauche et insuffisance mitrale par rupture de cordages. R. LAINEE, J. ACAR, J. AIGUEPERSE, G. OUSTRIERES, J.P. COUFFIN. Ann. Méd. Int ; 1972 ; 123 : 923.
- 322 - Myxome de l'oreillette gauche et insuffisance rénale terminale. J. DEWILDE, F. MIGNON, A. MEYRIER, M.P. BIENVENU, R. RACHOIN, C. CABROL et J. ACAR . Com. Société Médicale des Hôpitaux. Paris, 16 octobre 1981. Ann. Méd. Int. 1983 ; 134 : 549.
- 323 - Cardiopathie carcinoïde et tumeurs de l'ovaire. A propos d'un cas anatomoclinique. J. ACAR, M. AURIOL, R. LAINEE, G. HANANIA, F. GRIMBERG, EL. HACHIMI et Y. ADAM. Ann. Méd. Int. 1970 ; 121 : 329.
- 324 - A propos d'un cas de communication interventriculaire d'origine traumatique. P. SOULIE, D. KALMANSON, J. COMBET et J. ACAR . Arch. Mal. Cœur 1962 ; 55 : 1170.

- 325 - Traumatisme non pénétrant du thorax chez un garçon de 17 ans : infarctus du myocarde antérolatéral compliqué d'anévrisme pariétal. Etude par coronarographie. J. ECOIFFIER, J. ACAR, M.C. PLAINFOSSE, J.P. FOUCAULT et J.C. ARNAUD. Ann. Radiol. 1969 ; 12 : 119.
- 326 - Anévrisme traumatique d'un sinus de Valsalva. A propos d'une observation. R. LAINEE, D. GUILMET, J.C. LULE, D. DAHAN et J. ACAR . Ann. Méd. Int. 1974 ; 125 : 519.
- 327 - Fistule aorto ventriculaire droite traumatique. P.L. MICHEL, C. CHAPELON, J. P. CACHERA, J. ACAR, S. DE MONTGOLFIER, J. MATHIEU et M. ENRIQUEZ –SARANO . Arch. Mal. Cœur 1986 ; 79 : 523.
- 328 - Les manifestations cardiovasculaires de la maladie de Marfan. (A propos de 8 observations personnelles). P. SOULIE, P. VERNANT, P. CORONE, M. CARAMAMIAN, A. PITON, J. ACAR, E. ALBOU, E. HAYEM et R. RAPPAPORT . Arch. Mal. Cœur 1961 ; 54 : 121.
- 329 - Le poumon sclérodermique. Son retentissement cardiaque. P. SOULIE, J. ACAR, F. JOLY, J. CARLOTTI, C. BERNARD et M. CASTILLON DU PERRON . Malattie Cardiovascolari. 1961 ; II : 329.
- 330 - Le cœur sclérodermique. J. ACAR et C.H. SAVIER. Cœur Méd. Int. 1962 ; I : 185.
- 331 - Manifestations cardiovasculaires de l'acromégalie. J. ACAR, H. BRICAIRE, P. CHICHE et P. BALEDENT. Presse Méd. 1962 ; 70 : 521.
- 332 - Cœur et hémochromatose. Aspects particuliers. J. ACAR, R. SLAMA, P. LEBORGNE, F. HERREMAN, J.F. DELZANT et C.J. PAULY LAUBRY . Cœur et Méd. Int. 1967 ; VI : 431.
- 333 - Les complications cardiovasculaires de la maladie de Paget. J. ACAR, F. DELBARRE et F. WAYNBERGER . Arch. Mal. Coeur 1968 ; 61 : 849.
- 334 - Amylose cardiaque. Son dépistage in-vivo. J. ACAR, F. GUERIN, J. JOLY, J.P. GAY et M. FARDEAU. Com. Société Française de Cardiologie. 14 mars 1970.
- 335 - L'amylose cardiaque. A propos de 3 cas diagnostiqués in-vivo. J. ACAR, F. GUERIN, J.C. IMBERT, M.G. BOUSSER, R. MILCAMPES et J. JOLY . Ann. Méd. Int. 1970 ; 121 : 693.
- 336 - Maladie de l'oreillette et amylose. J. ACAR, J.C. HAMMOU, J.C. DIRADOURIAN, A. LELLOUCH, A. DELCOURT . Arch. Mal. Coeur 1970 ; 63 : 1472.
- 337 - Troubles du rythme et de la conduction et amylose cardiaque. J. ACAR, J. HAMMOU, J.C. DIRADOURIAN, A. LELLOUCH, A. DELCOURT. Com. Soc. Med. Hôp. Paris, Séance du 17 avril 1970. Ann. Méd. Int. 1970 ; 121 : 703.
- 338 - Coagulation intravasculaire disséminée chronique dans un cas d'anévrisme ventriculaire. M. SAMAMA, C. SZTARKMAN, M.H. HORELLOU, J. CONARD, R. BRAMI et J. ACAR. Com. Société Française de Cardiologie, 15 mars 1980. Arch. Mal. Cœur 1981 ; 74 : 111.
- 339 - Study of platelet diameter distribution in patients with valvular heart disease and with prosthetic heart valve replacement. M. DUMOULIN, M.TIRMARCHE, M.H. HORELLOU, J. ACAR, M. SAMAMA. Haemostasis, 1981 ; 10 : 28.
- 340 - What are the modifications of hemostasis in left atrium of patients with mitral stenosis ? O. VARENNE, E. VERDY, B. IUNG, S. GUESSOUS, G. N'GUYEN, B. CORMIER, A. VAHANIAN et J. ACAR ; 16th Congress of the European Society of Cardiology. Berlin, 10 – 14 septembre 1994. Eur. Heart J., 1994 ; 15, abstr; . p 1637.
- 341 - High plasma antidiuretic hormone in patients with cardiac failure. Influence of age. E. RONDEAU, J. DE LIMA, H. CAILLENS, A. VAHANIAN, R. ARDAILLOU et J. ACAR. Mineral Electrol. Metab. 1982 ; 8 : 267.

- 342 - Effect of atrial fibrillation on plasma atrial natriuretic factor response to changes in atrial pressure. J.C. DUSSAULE, A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, I. SOULIER, R. ARDAILLOU, J. ACAR. 37th Annual Scientific Session of the American College of Cardiology . Atlanta, mars 1988.
- 343 - Plasma atrial natriuretic factor and cyclic GMP in mitral stenosis treated by balloon valvulotomy. J.C. DUSSAULE, A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, I. SOULIER, S. CZEZALSKI, R. ARDAILLOU, J. ACAR. Circulation 1988 ; 78 : 276.
- 344 - Atrial natriuretic factor (ANF) response to postural changes in patients with left atrial hypertension. A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, J.P. WOLF, J.C. DUSSAULE, R. ARDAILLOU et J. ACAR . 11th Congress of the European Society of Cardiology, Nice, septembre 1989. Eur Heart J 1990 ; 11 : 1065.
- 345 - Atrial natriuretic peptid response to postural changes in patients with left atrial hypertension. J.P. WOLF, J.C.DUSSAULE, A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, J. ACAR et R. ARDAILLOU. Eur. Heart J. 1990 ; 11 : 1065.
- 346 - Acute and delayed hormonal changes in mitral stenosis treated by balloon valvulotomy. S. LEDOUX, J. C. DUSSAULE, P.L. MICHEL, A. VAHANIAN, J. P. WOLF, J. ACAR et R. ARDAILLOU. Am. J. Cardiol. 1993 . 72 : 932.
- 347 - Plasma atrial and brain natriuretic peptides in mitral stenosis treated by valvulotomy. P.L. THARAUX, J.C. DUSSAULE, J. HUBERT BRIERRE, A. VAHANIAN, J. ACAR et R. ARDAILLOU. Clin. Sci. 1994 ; 87 : 671.
- 348 - Intérêt du dosage immunométrique de l'isoenzyme MB de la créatine kinase dans les pathologies cardiovasculaires. G. LEFEVRE, R. ABBAS, O. NALLET, J. ACAR, A. VAHANIAN et J. ETIENNE. Immunoanal Biol. Spec. 1995 ; 10 : 223.
- 349 - Le signe de Harzer. P. MAURICE, J. ACAR et M. BEN NACEUR. Arch. Mal. Cœur 1958 ; 51 : 371.
- 350 - Activité électrique et mécanique du cœur droit et du cœur gauche étudié par cathétérisme combiné. J. CARLOTTI, F. JOLY, J. FORMAN, N. AZERAD, J. ACAR et P. SOULIE. Com. au IIè Congrès Mondial de Cardiologie Bruxelles, septembre 1958.
- 351 - Le bloc de branche bilatéral. J. ACAR et R. SLAMA . Cœur 1970 ; 2 : 241.
- 352 - Infarctus du myocarde et spasme. A. BENACER ;AF, A. CASTILLO, M. TONNELIER, R. LAINEE, J. ACAR et J. BRAU . VIIIè Congrès Européen Cardiologie Paris 22-26 juin 1980, abstr. 1289.
- 353 - Faux anévrisme du cœur post opératoire d'origine infectieuse : cure chirurgicale. J. DEWILDE, J.P. CACHERA, A. KHAYAT, J.P. FOUCAULT, E. GODBARGE, Y. LECOQUIC et J. ACAR. Ann. Méd. Int. 1981 ; 132 : 126.
- 354 - A propos de 8 cas de maladie de Kahler. Essai de traitement palliatif par les hormones génitales. M. MORIN, J. GRAVELEAU, J. LAFON, D. COLONNA, J. ACAR et D. LAPLANE. Bull. et Mem. Soc. Méd. Hôp. Paris 1953 ; 69 : 802.
- 355 - A propos de 8 cas de maladie de Kahler – Remarques thérapeutiques. M. MORIN, J. LAFON, J. GRAVELEAU, D. COLONNA, J. ACAR et D. LAPLANE. Sem. Hôp. Paris, 1954 ; 30 : 3989.
- 356 - Le traitement de la myasthénie par l'A.C.T.H.. Trois observations. J. GRAVELEAU, J. ACAR, R. LABET et M. GAUTHIER. Sem. Hôp. Paris, 1954 ; 30 : 3351.
- 357 - Contribution à l'étude du test de Flack (expiration bloquée contrôlée) chez les sujets normaux et au cours des pneumopathies chroniques. M. BARIETY, P. CHOUBRAC et J. ACAR. Ann. Méd. 1954 ; 55 : 525.

- 358 - Considérations diverses à propos d'une staphylococcie pulmonaire mortelle. Emphysème sous cutané et médiastinal par perforation dans l'espace extrapleurale. M. BARIETY, C. COURY, J. POULET, J. ACAR et R. ABELANET. Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1954 ; 70 : 1019.
- 359 - Les aspects radiologiques trompeurs du mégaoesophage. M. BARIETY, C. COURY, S. RAMPON et J. ACAR. Sem. Hôp. De Paris 1955 ; 31 : 2023.
- 360 - Influence de l'alcoolisme sur la morbidité et la mortalité dans un service de médecine générale. M. BARIETY, P. CHOUBRAC et J. ACAR. Académie Nationale de Médecine, 14 mai 1957.
- 361 - Infarctus pulmonaires avec hémoptysies incoercibles et traitement anticoagulant. P. CHICHE, H. JALLUT et J. ACAR. Arch. Mal. Cœur 1955 ; 48 : 529.
- 362 - Les embolies pulmonaires néoplasiques. G. CHOMETTE, M. AURIOL, C. SEVESTRE et J. ACAR. Ann. Méd. Int. 1980 ; 131 : 217.

OUVRAGES

Editeur ou co-éditeur :

1- Cardiopathies valvulaires acquises Flammarion, Médecines Sciences

1^{ère} édition : Editeur : J. ACAR, Paris 1985

655 pages, 67 auteurs, 37 chapitres, rédigés par les membres du groupe (Albert Chenevier, Tenon) [14 chapitres], d'autres auteurs, cardiologues, chirurgiens cardiaques, physiologistes, épidémiologistes français ou étrangers, (Allemagne, Belgique, Espagne, Pays-Bas, Tunisie, U.S.A.)

J. ACAR, J.P. LABORDE, B. CORMIER Le rétrécissement mitral, chapitre 16 ; 253

J. ACAR, Stratégie des explorations chez un malade atteint d'une valvulopathie acquise, chapitre 14, 211 ;

J. ACAR, Date de l'indication opératoire dans les cardiopathies valvulaires acquises, chapitre 28, 502.

2^{ème} édition : Editeurs : J. ACAR et Ch. ACAR, Paris 2000

583 pages, 84 auteurs, 40 chapitres rédigés par les membres du groupe (Albert Chenevier, Tenon) [8 chapitres], d'autres auteurs français ou étrangers (Belgique, Espagne, Liban, Suisse, Tunisie, U.S.A.)

J.M. PORTE, E. CHECRALLAH, J. ACAR. Rétrécissement mitral, chapitre 9, 147

J. ACAR, P. LUXEREAU, R. RATTI. Rétrécissement aortique, chapitre 12, 199

E. DADEZ, J. ACAR . Stratégie thérapeutique au cours de l'insuffisance mitrale chronique non ischémique, chapitre 20, 359.

2- Textbook of acquired heart valve disease.

Editeur : J. ACAR, E. BODNAR, ICR Publishers, London 1996, 2 volumes, 1142 pages, 77 auteurs, 46 chapitres rédigés par les membres du groupe (Albert Chenevier, Tenon) [10 chapitres], par d'autres auteurs français [12 chapitres] ou étrangers [24 chapitres] (Allemagne, Arabie Saoudite, Belgique, Canada, Italie, Japon, Liban, Norvège, Pays Bas, Portugal, Royaume Uni, Suisse, U.S.A.).

E. FARAH et J. ACAR Strategy of preoperative evaluation, vol I, 3.10, p 353

J. ACAR et B. CORMIER Acquired mitral stenosis, vol I, 4.1., 359

J. ACAR, J. ELIAS et P. LUXEREAU, Aortic stenosis and mixed aortic valve disease vol I, 5.1., 454

J. ACAR, J.P. LABORDE, J.P. DELAHAYE and G. DE GEVIGNEY. Asymptomatic heart valve disease, vol II, 6.6 : 705.

3- Traitements antithrombotiques.

Editeurs : M.M. SAMAMA, J. ACAR, Masson Edition, Paris, 3 éditions, 1993, 1995-1998, 283 pages, 16 auteurs, P.L. MICHEL, J. ACAR . Prothèse valvulaires mécaniques et biologiques et traitements antithrombotiques, 143.

Participation :

- 1 - J. DI MATTEO et J. ACAR. Maladies acquises de l'orifice tricuspide. In J. LENEGRÉ, P. SOULIE. *Maladies de l'appareil cardiovasculaire. Edit. médicales, Flammarion, 1968, tome I : 866.*
- 2 - J. ACAR, J.P. LABORDE, P. HERICORD. Place de la chirurgie dans le traitement de l'endocardite bactérienne. *Entretiens de Bichat, Pitié Salpêtrière. Thérapeutique. Expansion Scientifique Française, 1975 : 28.*
- 3 - J. ACAR, H. SANCHO, O. PUYFONTAINE, A. VAHANIAN. Accidents thromboemboliques et hémorragiques chez les malades porteurs de prothèse valvulaire. In « *Cycle d'enseignement sur les thromboses* ». Co-édition Laboratoires Boehringer Ingelheim / La Prospective Médicale. Août 1977 ; 91.
- 4 - J. ACAR, P. LUXEREAU, A. VAHANIAN, H. GESCHWIND, M. ZIZI, P. DUCIMETIERE, M. CADILHAC. La chirurgie de remplacement valvulaire dans l'insuffisance aortique chronique. Quand ? In *Actualités cardiovasculaires médicochirurgicales, Masson , 1978 : 304.*
- 5 - J. ACAR.
L'interrogatoire et l'examen du cardiaque. (745),
Examen clinique (746)
Examen radioscopique des cardiaques (750)
P. LUXEREAU et J. ACAR
Valvulopathies mitrales (828 – 835)
J. ACAR et P. LUXEREAU
Les valvulopathies aortiques (836 – 843)
Les valvulopathies tricuspidiennes (843 – 848)
In H. PEQUIGNOT, *Pathologie Médicale, 1979, Masson 2^{ème} éd.*
- 6 - D. GRIMBERG, R. KECHRID, C. HALPEN et J. ACAR . Approche échocardiographique des valvulopathies tricuspidiennes. In R. FROMENT, P. DAVID, J.P. DELAHAYE, J. DESCOTES, A. GONIN, P. MICHAUD et J. NORMAND. *Actualités cardiovasculaires médicochirurgicales, Masson 1980 ; 3.*
- 7 - J. ACAR, P. LUXEREAU, A. ETTNER. La chirurgie des valves chez les sujets âgés. Indications, résultats. *Entretiens de Bichat – Pitié Salpêtrière. Thérapeutique. Tables rondes. Expansion Scientifique Française, 1983 ; 100.*
- 8 - J. ACAR. La Médecine au quotidien. Problèmes posés par des syncopes, des douleurs à la marche des membres inférieurs, la découverte d'un souffle cardiaque, la grossesse chez une cardiaque, un angor d'effort chez un patient de 40 à 60 ans (quelles médications ? quelles indications pour une épreuve d'effort, une coronarographie), les voyages en avion chez les cardiaques. In G. TCHOBROUTSKY. *Des symptômes à la décision, 1ère éd. MEDSI, 1983, 3^{ème} éd. Arnette Blackwell, 1997 : 20, 53, 336, 348, 352, 353, 355.*
- 9 - J. ACAR, M. ENRIQUEZ SARANO, P. LUXEREAU, A. VAHANIAN, C. CABROL . Table ronde, 27 sept. 1984. A quelle date doit-on envisager une indication opératoire chez un malade présentant une valvulopathie ? *Entretiens de Bichat – Pitié Salpêtrière. Thérapeutique, tables rondes. Expansion Scientifique Française, 1984 : 269.*
- 10 - J. ACAR, R. KASSAB, P.L. MICHEL, A. VAHANIAN, M. BELKAID. Medium-term results of aortic valve replacement with the Ionescu-Shiley pericardial bioprosthesis in 109 patient. In *Cardiac Prosthesis, symposium III, Proceedings. Montreux, Switzerland, 1985, Shiley incorp.*
- 11 - J. ACAR, M. ENRIQUEZ-SARANO. L'angor stable. Signes cliniques et électrocardiographiques. In J.P. CACHERA, M.G. BOURASSA. *La maladie coronaire. Flammarion Médecine Sciences, 2^{ème} éd. 1985 : 177.*

- 12 - B. CORMIER, A. VAHANIAN, J. CONARD, P.L. MICHEL, E. VERDY, M. SLAMA, S. BOUTON, R. DORENT, J. ACAR ; Is thrombolysis really safe ? In V. KAKKAR, J. KENNEDY, K. METTINGER : *Coronary thrombolysis current answers to critical questions, Current Medical Litterature Ed, 1988 : 122.*
- 13 - J. ACAR, . La maladie de la bile. Ectasie annulo-aortique. in J. DORMONT, O. BLETRY, J. F. DELFRAISSY *Les 365 nouvelles maladies. Flammarion Médecine Sciences, 1989 : 41 et 198.*
- 14 - J. ACAR, P.L. MICHEL and J. BERDAH. Thromboembolic events in prosthetic valves. In H.C. KWAAN, M.M. SAMAMA. *CRC Press Inc. Boca Raton, Florida, 1989 : 255.*
- 15 - A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, B. CORMIER, B. VITOUX, V. ROGER, J. ACAR : Mitral valvuloplasty : the French experience. In E. J. TOPOL : *Textbook of Interventional Cardiology, Saunders Ed, 1990 : 868.*
- 16 - P.L. MICHEL, A. VAHANIAN, B. CORMIER, B. IUNG, E. DADEZ, J.P. MARONI, J. ACAR : Emergency aortic and mitral valvuloplasty. In G. CATURELLI : *Cura intensiva Cardiologica 1991, Tipar Ed. 1991 : 393.*
- 17 - J. ACAR, P.L. MICHEL, B. VITOUX, J.P. MARONI, L. PRUNIER. Diagnosis by invasive methods in Infective Endocarditis.
P.L. MICHEL, B. VITOUX, A. HAGE, G. GHANEM, P. DYBANTSA, J. ACAR. Early or delayed surgery in acute native aortic valve endocarditis.

In D. HORSTKOTTE and E. BODNAR. *Current Issues in Heart Valve Disease. Infective endocarditis. ICR Publishers, London 1991, 75 and 220.*
- 18 - J. ACAR, A. VAHANIAN, P.L. MICHEL, B. CORMIER. Aspects actuels de la pathologie valvulaire acquise. *Entretiens de Bichat – Pitié Salpêtrière. Thérapeutique – Tables rondes. Expansion Scientifique Française, 1991 : 181.*
- 19 - A. VAHANIAN and J. ACAR. Mitral valvuloplasty : the french experience. In E. TOPOL. *Textbook of Interventional Cardiology, Saunders Ed. 2ème éd. 1993 : 1206.*
- 20 - J. ACAR, B. IUNG, P.L. MICHEL. Lésions valvulaires associées. In I. GANDJBAKHCH, J.P. OLLIVIER, A. PAVIE . *Maladie coronaire. Arnette Blackwell, 1995 : 379.*
- 21 - J. ACAR et J. ELIAS. Indications des transplantations cardiaques chez les valvulaires. In C. CABROL, A. PAVIE, I. GANDJBAKHCH. *Médecine Sciences Flammarion 1996 : 24.*
- 22 - J. ACAR, A. VAHANIAN. Catheter treatment of valvular disease. In S. DALLA VOLTA, *Cardiology – Mc GRAW-HILL. Clinical Medicine Series, 1979 : 507.*
- 23 - J. ACAR, P.L. MICHEL. Infective endocarditis. In H. CRAWFORD, J. DI MARCO, W. PAULUS. *Cardiology, 1ère éd. 2001, 2ème éd. 2004, ch. 14, 3^{ème} sous presse. MOSBY INTERNATIONAL Limited , London, Elsevier.*

CONTRIBUTION A DES THESES ET MEMOIRES

(Direction, participation)

Service du Professeur P. Soulié

- 1- P. AZOULAY. Contribution à l'étude des myxomes de l'oreillette droite du cœur. A propos d'une observation récente. Thèse, Paris 1960.
- 2- W. SLAMA. Aspects radiologiques des anévrysmes disséquants. Thèse, Paris, 1960.
- 3- G. RIGAULT. Contribution à l'étude du cœur pulmonaire chronique des gibbeux. Thèse, Paris, 1961.
- 4- R. LAINEE. I.H.P. Contribution à l'étude des résultats éloignés de la commissurotomie mitrale : à propos de 260 cas. Thèse, Paris, 1962.
- 5- J. C. ARNAUD, I.H.P.. Endocardite bactérienne et insuffisance mitrale : à propos de 100 cas. Thèse, Paris, 1963.
- 6- M.C. PLAINFOSSE, I.H.P.. Le syndrome de Lutembacher. Etude à propos de 15 cas vérifiés chirurgicalement ou anatomiquement. Thèse, Paris, 1963.
- 7- A. BERNADOU, I.H.P.. Contribution à l'étude des calcifications mitrales. Thèse, Paris, 1964.
- 8- B. CUNY. Analyse de 73 observations de malades opérés de péricardite constrictive. Thèse, Paris, 1964.
- 9- A. PERROT. Les compressions aiguës du cœur au cours des péricardites liquidiennes. Thèse, Paris, 1964.
- 10- SAN DRESSEGRANNE. Rétrécissement mitral pur acquis chez les enfants de moins de 16 ans. Thèse, Paris, 1964.
- 11- M. TRIBOUILLOY. I.H.P.. L'insuffisance coronarienne de l'insuffisance aortique . Thèse, Paris, 1965.
- 12- F. ZERBIB. Contribution à l'étude des anévrysmes congénitaux du septum membraneux. Thèse, Paris, 1965.
- 13- G. FAVIER . Complications évolutives des insuffisances aortiques sévères chirurgicales, rhumatismales ou oslériennes. Thèse, Paris, 1966.
- 14- ADHAMY ABDUL HAMID. Le recours à la chirurgie cardiovasculaire dans le traitement des endocardites infectieuses rebelles. Thèse, Paris, 1967.
- 15- R. BENOMAR. Le cœur pulmonaire subaigu néoplasique. Thèse, Paris, 1967.
- 16- J. GAY, I.H.P.. Perforations septales après infarctus du myocarde . Thèse, Paris, 1967.
- 17- H. RIFAI. Pronostic des péricardites tuberculeuses. Thèse, Paris, 1967.
- 18- M. ROCACHE. La commissurotomie tricuspide . Thèse, Paris, 1967.
- 19- M. WAYNBERGER, I.H.P.. Contribution à l'étude des complications cardiovasculaires de la maladie osseuse de Paget. Thèse, Paris, 1967.
- 20- P. LEMANT, I.H.P.. L'insuffisance mitrale fonctionnelle au cours des cardiopathies valvulaires aortiques. Thèse, Paris, 1968.

- 21- P. LUXEREAU , I.H.P.. Les insuffisances mitrales percutanées par rupture de cordages d'origine dégénérative. Thèse, Paris, 1968.

Service du Professeur J. Acar

- 1- O. MOUJIKIAN . Cardiomyopathie obstructive et hypertension artérielle. Thèse, Paris, 1971.
- 2- F. DURON, I.H.P.. Facteurs de risque et causes d'échecs tardifs dans la chirurgie de remplacement valvulaire ; à propos de 270 observations. Thèse, Paris, 1973.
- 3- P. POUGET, I.H.P.. Prothèses valvulaires aortiques et pathologie coronarienne : à propos de 150 cas. Thèse, Paris, 1973.
- 4- S. TISSANDIER. La localisation coronarienne de la maladie de Takayashu. A propos d'un cas anatomo clinique. Thèse, Paris, 1974.
- 5- J. CARLET, I.H.P.. Evolution de l'hémodynamique après remplacement valvulaire par prothèse. Thèse, Paris, 1975.
- 6- Y. CHESTIER, I.H.P.. Les communications interventriculaires acquises par perforations septales au cours des endocardites bactériennes. Thèse, Paris, 1975.
- 7- D. DAHAN, I.H.P.. Résultats à moyen terme des différentes méthodes de correction chirurgicale de l'insuffisance tricuspидienne. A propos d'une série de 71 observations. Thèse, Paris, 1975.
- 8- S. SZTARKMAN, I.H.P.. Contribution à l'analyse cinéangiographique des valvulopathies mitrales chez l'adulte. A propos de 41 cas confrontés avec les données anatomiques. Thèse, Paris, 1975.
- 9- J. BOMPART. Contribution à l'analyse échocardiographique des insuffisances mitrales sévères par mutilation de l'appareil valvulaire ou prolapsus d'une valve sans rupture de cordages. A propos de 27 cas confrontés avec les données anatomiques. Thèse, Paris, 1977.
- 10- O. CONTE ROY DE PUYFONTAINE, I.H.P.. Contribution à l'étude des thromboembolies pulmonaires chroniques : pronostic et possibilités thérapeutiques. Thèse, Paris, 1977.
- 11- A. KULAS, I.H.P.. Contribution à l'étude des valvulopathies mitrales acquises de l'adulte par échocardiographie : à propos de 200 cas avec confrontations anatomiques. Thèse, Paris, 1977. Prix de Thèse Camille LIAN, attribué par la Société française de Cardiologie.
- 12- J. LAVABRE. Hypertension pulmonaire et cirrhose. Thèse, Paris, 1977.
- 13- N. ZERBIT . Anémie hémolytique chez un sujet porteur d'une cardiomyopathie obstructive et d'une insuffisance mitrale. Thèse, Paris, 1977.
- 14- J. DEWILDE, I.H.P. Triples réparations valvulaires. Risque opératoire et pronostic à long terme. Thèse, Paris 1977
- 15- J. F. FOURNIAL, I.H.P. Les troubles de conduction auriculoventriculaires et interventriculaires après remplacement valvulaire aortique. Thèse, Paris, 1977.
- 16- D. BRODATY, I.H.P. Les troubles de conduction auriculoventriculaires et intraventriculaires après remplacement valvulaire mitral ; à propos de 200 opérés. Thèse, Paris 1978.
- 17- P. CALMETTES. La prothèse de Starr Edwards 2400. Thèse, Paris 1978.

- 18- J. LAUDET, I.H.P. Contribution à l'étude des étiologies en fonction de l'âge des insuffisances aortiques pures opérées. Thèse, Paris 1978
- 19- P. LEROY. I.H.P. La chirurgie de l'endocardite bactérienne ; à propos de 80 observations. Thèse Paris, 1978
- 20- .A. VAHANIAN POGHOSSIAN, I.H.P. La dysfonction myocardique dans l'insuffisance aortique chronique. A propos de 88 cas opérés. Thèse, Paris 1978.
- 21- M. ZIZI, I.H.P. Aspects particuliers des rétrécissements aortiques calcifiés isolés chirurgicaux. Thèse, Paris 1978.
- 22- P. LALOGÉ. Résultats à moyen terme de deux méthodes conservatrices de correction chirurgicale de l'insuffisance tricuspidiennne : la valvuloplastie reconstitutive sur anneau de Carpentier et l'annuloplastie semi-circulaire de Cabrol. Thèse, Paris 1978.
- 23- J.M. JAIS, I.H.P. Insuffisance mitrale avec rupture et élongation de cordages. A propos de 100 cas chirurgicaux. Thèse Paris, 1979
- 24- P. CHARLIER , I.H.P. Fonction ventriculaire gauche et résultats postopératoires des valvulopathies mitrales sténosantes. Thèse Paris, 1979.
- 25- V. AERTS, Valeur du radiocinéma de valves dans la surveillance et le dépistage des principales complications des prothèses intracardiaques. Thèse Paris, 1979.
- 26- M. CADILHAC. Etude des corrélations entre différents paramètres mesurés à partir de la radiographie thoracique standard de face et à partir de l'angiographie ventriculaire gauche dans les valvulopathies aortiques isolées. Thèse Paris, 1980.
- 27- R. RACHOIN. L'apport de l'échocardiographie dans la pathologie tricuspidiennne acquise de l'adulte. Mémoire, Paris 1980.
- 28- S. OURY. Maladie de Lobstein et insuffisance aortique. A propos d'une observation. Thèse Paris, 1980.
- 29- M. ENRIQUEZ SARANO , I.H.P. L'angiographie ventriculaire gauche quantitative dans les valvulopathies mitrales. Thèse, Paris 1980.
- 30- A. FOUQUET. L'hypertension artérielle pulmonaire au cours de la sclérodermie . Thèse Paris, 1980.
- 31- B. ESCUDIER, I.H.P. Etude d'un nouveau vasodilatateur : la Molsidomine dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. Thèse, Paris 1981.
- 32- J.C. INGRAND. Contribution à l'étude des effets de la Trinitrine par voie intraveineuse. Thèse Paris, 1981.
- 33- P.L. MICHEL, I.H.P. Etude de l'hyperexcitabilité ventriculaire par la méthode de Holter dans les valvulopathies aortiques chirurgicales. A propos de 102 cas. Thèse Paris, 1982.
- 34- A. ETTNER. I.H.P. Chirurgie mitrale après 65 ans. Thèse Paris, 1982.
- 35- Y. LOUVARD, I.H.P. La commissurotomie mitrale à cœur ouvert et à cœur fermé. A propos de 168 interventions. Thèse Paris, 1982.
- 36- J. SERGENT, I.H.P. Troubles de la conduction auriculoventriculaire conduisant à la mise en place d'un pace maker après chirurgie valvulaire . Thèse Paris, 1982.
- 37- J.D. MASSART, I.H.P. Etude critique des effets hémodynamiques de la Dihydralazine administrée par voie veineuse dans l'insuffisance aortique chronique. Thèse Paris, 1982.

- 38- S. DUNICA , I.H.P. L'échocardiographie bidimensionnelle dans les cardiopathies mitrales sténosantes (rétrécissements mitraux et maladies mitrales). A propos de 104 observations. Thèse Paris, 1982.
- 39- B. LEURENT, I.H.P. L'insuffisance aortique dans la maladie de Takayashu. Thèse Paris, 1983.
- 40- B. DESCOINGS . La progression de la maladie coronarienne dans l'angor instable. A propos de coronarographies itératives chez 38 patients. Thèse Paris, 1983.
- 41- J.P. HOULLEGATTE . Les lésions coronariennes des valvulopathies mitrales. A propos de 110 observations. Thèse Paris, 1984.
- 42- P. ROSSANT, I.H.P. Résultat de traitement chirurgical (68 plasties ,106 prothèses) de l'insuffisance mitrale organique non ischémique. Thèse Paris, 1984.
- 43- Y . BENACIN. I.H.P. La fonction ventriculaire droite dans les valvulopathies mitrales . Thèse Paris, 1984.
- 44- N. AGOSTI ACAR . L'insuffisance aortique isolée de l'aortite inflammatoire non syphilitique. A propos d'une observations. Thèse Paris, 1985.
- 45- B. CORMIER, I.H. P. Pronostic des insuffisances aortiques chroniques asymptomatiques opérées : à propos de 68 patients. Thèse Paris, 1985.
- 46- M. PEZZANO. I.H.P. Etude des calcifications mitrales au cours des RAC. Thèse Paris, 1985.
- 47- M. LEVY. I.H.P. L'échocardiographie dans les valvulopathies tricuspidiennes, Thèse Paris, 1985.
- 48- J. BERDAH, I.H.P. Facteurs prédictifs de lésion coronarienne au cours du rétrécissement aortique de l'adulte. Thèse Paris, 1986.
- 49- G. PREUD'HOMME. Valeur prédictive de l'échocardiographie TM dans la dysfonction myocardique postopératoire des insuffisances aortiques chroniques. A propos de 106 cas opérés. Thèse Paris, 1986.
- 50- H. VAN VIET. La valvuloplastie percutanée des sténoses aortiques de l'adulte. Thèse Paris, 1987.
- 51- P. CHEUNG. La commissurotomie mitrale percutanée : à propos de 26 cas. Thèse Paris, 1987.
- 52- P. CANIVET . I.H.P. Remplacement valvulaire par la prothèse de Björk-Shiley Monostrut, Thèse Paris, 1989.
- 53- R. DORENT I.H.P. La commissurotomie mitrale percutanée pour resténose mitrale après commissurotomie chirurgicale. A propos de 50 cas. Thèse Paris, 1989.
- 54- D. SERAFINI. Diagnostic échocardiographique des thromboses de l'oreillette gauche dans les sténoses mitrales. Thèse Paris, 1989.
- 55- B. BLANCHARD , I.H.P. L'insuffisance mitrale du sujet âgé. Thèse Paris, 1990.
- 56- J. M. BOUCHER , I.H.P. Les dysfonctions primaires des prothèses valvulaires tissulaires cardiaques porcines. Thèse Paris, 1990
- 57- M. HABIS. Le rétrécissement mitral calcifié après 70 ans. Mémoire de D.E.S., Paris 1990.
- 58- O. NALLET, I.H.P. Les réinterventions pour dysfonction de prothèse valvulaire. Thèse Paris, 1991.
- 59- O . MANDAGOUT, I.H.P. Analyse de l'hyperexcitabilité ventriculaire en pré et post opératoire des valvulopathies aortiques chirurgicales. Thèse Paris, 1991.

- 60- S. LEDOUX . Modifications hormonales induites par la valvuloplastie percutanée dans le rétrécissement mitral serré. Thèse Paris, 1992.
- 61- J. M. PORTE I.H.P.; Intérêt de l'écho dans le suivi des commissurotomies mitrales percutanées . Thèse Paris 1992.

TABLE DES MATIERES TRAVAUX ET PUBLICATIONS

PREAMBULE	13
ARTICLES ET COMMUNICATIONS	15
VALVULOPATHIES ACQUISES	15
Histoire naturelle. Etiologies	15
Le syndrome de Lutembacher	15
Le rétrécissement aortique calcifié (R.A.C)	15
Les insuffisances mitrales (IM) par rupture de cordages	16
Les insuffisances aortiques (I.A.)	16
Les insuffisances aortiques dystrophiques	17
Les rétrécissements mitraux (R.M.)	17
Evolution des maladies valvulaires chirurgicales	18
Les techniques d'investigation des valvulopathies	18
La cinéangiographie	19
La radiographie thoracique standard et l'angiographie ventriculaire gauche.	19
L'angiographie quantitative	19
Le cathétérisme gauche	19
La coronarographie	19
L'angiographie radio nucléaire	20
Le marquage plaquettaire à l'indium 111	20
La phonomécanographie	20
L'échographie Doppler	20
L'échographie transoesophagienne (ETO)	20
Les valvulopathies aortiques	21
Les valvulopathies mitrales	21
Les valvulopathies tricuspidiennes	22
Le diagnostic et le bilan des endocardites infectieuses	22
Validité du Doppler	22
Recherche clinique – Etude pharmacologique	22
Chirurgie cardiaque et valvulopathies	22
L'insuffisance aortique chronique (I.A.C.)	23
Le rétrécissement aortique (R.A.) et la « maladie aortique » (M.A.) acquis	24
L'insuffisance mitrale chronique (I.M.C.)	25
Rétrécissement mitral : la commissurotomie chirurgicale	27
Les polyvalvulopathies et les maladies de la valve tricuspide	27
La commissurotomie pour rétrécissement tricuspide	27
L'insuffisance tricuspidiennne	27
Les triples gestes correcteurs des valves mitrale, aortique et tricuspidiennne	28
L'insuffisance mitrale associée à une valvulopathie aortique	28
Endocardite infectieuse et chirurgie	28
De 1966 à 1968	29
De 1968 à 1978	29
Depuis 1978	29
Les troubles du rythme et de la conduction chez les opérés par remplacement valvulaire	30
L'hyperexcitabilité ventriculaire chez les aortiques en pré et postopératoire	31
Les prothèses valvulaires	31
Les types de prothèses	31
Les complications prothétiques	32
Les réinterventions chez les porteurs de prothèses	32

Les complications thromboemboliques (T.E.) et hémorragiques (H) chez les porteurs de valves suivant un traitement par les antivitamines K.	33
Les facteurs du pronostic postopératoire chez les opérés par prothèse	34
L'évolution hémodynamique	34
L'incidence de l'insuffisance cardiaque	34
L'incidence de l'âge	35
L'incidence de l'insuffisance ventilatoire chronique	35
Enquêtes coopératives	35
Les méthodes de surveillance des porteurs de prothèse	36
Les valvuloplasties percutanées	37
La valvuloplastie mitrale percutanée (V.M.P.)	37
La valvuloplastie aortique percutanée	38
Les valvulopathies : sujets divers	38
PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE, A L'EXCLUSION DES VALVULOPATHIES	39
Pathologie péricardique	39
Les péricardites chroniques constrictives	39
La cardiomyopathie obstructive	39
Les cœurs pulmonaires	40
La pathologie coronarienne	40
L'infarctus myocardique aigu et les procédures de revascularisation	40
La thrombolyse	40
L'angioplastie transluminale	42
Les perforations septales	42
Les anévrysmes ventriculaires	42
Les sténoses coronariennes tronculaires	42
Les cardiopathies congénitales	42
L'insuffisance cardiaque (I.C.)	43
La fibrillation auriculaire (F.A.)	43
La pathologie vasculaire aortique, artérielle	43
Les pathologies tumorales	44
Les myxomes de l'oreillette droite	44
Les myxomes de l'oreillette gauche	44
Les cardiopathies carcinoïdes et tumeurs de l'ovaire	44
Les pathologies traumatiques	44
Cardiologie interdisciplinaire	45
Hématologie, coagulation, biologie	45
Sujets divers – Pathologie cardiovasculaire	46
PATHOLOGIE NON CARDIOVASCULAIRE. SUJETS DIVERS	46
REFERENCES	48
OUVRAGES	72
Editeur ou co-éditeur :	72
Participation :	73
CONTRIBUTION A DES THESES ET MEMOIRES	75
(Direction, participation)	75
Service du Professeur P. Soulié	75
Service du Professeur J. Acar	76