

# Insuffisance mitrale ischémique

## Diagnostic, classification, échocardiographie.

Docteur JM PORTE

Beyrouth – juin 2001

Il s'agit d'un groupe hétérogène caractérisé par la présence d'une insuffisance mitrale (IM) en rapport avec une atteinte ischémique du ventricule gauche. Les valves sont structurellement normales. La prévalence est de 19% avec 3% d'IM de grade supérieur ou égal à 2/4.

Sur le plan clinique, on distingue 2 grands groupes :

**1/ Les IM ischémiques aiguës** observées dans un contexte d'événement coronarien aigu, le plus souvent un infarctus. La présentation clinique est bruyante en cas de complication mécanique avec une fonction VG sous jacente assez préservée. Deux grands types d'IM ischémiques aiguës sont observées :

- **IM ischémiques aiguës en rapport avec une complication mécanique** : rupture partielle voire complète d'un pilier ou parfois de la tête d'insertion d'un cordage. Le tableau hémodynamique est catastrophique. Le pronostic en l'absence de traitement chirurgical est effroyable.
- **Les IM ischémiques aiguës fonctionnelles** : Une dysfonction isolée de pilier est insuffisante pour créer une fuite significative. Il faut une anomalie de cinétique au niveau de la paroi sur laquelle s'insère le pilier, entraînant une modification de la géométrie du ventricule gauche et un défaut de coaptation par restriction du jeu des valves. Ces IM répondent favorablement à un traitement par revascularisation, notamment par angioplastie.

**2/ Les IMI chroniques** s'observent chez des patients aux antécédents d'infarctus avec dysfonction ventriculaire gauche, souvent des poussées d'insuffisance cardiaque. L'IM est secondaire à une remodelage du ventricule gauche associant dilatation annulaire, désaxation des piliers par sphéricisation de la cavité VG, restriction des 2 feuillets mitraux souvent plus marquée au niveau de la valve postérieure qui coaptent par leur extrémité en avant du plan de l'anneau. Il s'agit avant tout d'une " ventriculopathie " plus que d'une véritable valvulopathie. D'autres mécanismes ont été décrits, notamment un véritable prolapsus d'un feuillet en rapport avec une élongation de pilier. Ce pendant ce mécanisme semble beaucoup moins fréquent que le premier, à la fois sur les données cliniques et expérimentales. Il faut connaître la variabilité dans le temps du degré de ces fuites qui sont très dépendantes des conditions de charge du ventricule gauche.

L'existence d'une IM dans les cardiopathies ischémiques constitue un facteur d'aggravation du pronostic d'autant plus marqué que l'IM est importante. Les IM ischémiques volumineuses ( $3/4$ ) doivent être corrigées en sachant que la chirurgie conservatrice donne de meilleurs résultats que le remplacement valvulaire mitral prothétique. Pour les IM ischémiques modérées la question reste débattue. Ces IM sont associées à une surmorbidity et une surmortalité. Cependant, les données de la littérature sont contradictoires. Sans doute, la priorité est au ventricule et le geste mitral ne doit pas risquer d'obérer la qualité de la revascularisation qui reste prioritaire par rapport à la correction d'une IM modérée.