

## Le dossier – Prise en charge des valvulopathies asymptomatiques

### Éditorial

# Valvulopathies asymptomatiques : importance de la Heart Valve Team



**J.-L. MONIN**

Institut des Maladies valvulaires,  
Institut Mutualiste Montsouris, PARIS.

La prise en charge des patients asymptomatiques ayant une valvulopathie sévère reste problématique, compte tenu de l'absence d'étude randomisée dans ce domaine et de recommandations internationales basées majoritairement sur des études observationnelles et des consensus d'experts [1, 2]. Néanmoins, une tendance générale se dessine en faveur d'interventions plus précoces, sans attendre l'apparition de symptômes avérés ou d'une dysfonction ventriculaire gauche, qui demeurent les seules indications opératoires formelles (classe I) actuellement [1, 2].

Les trois principales valvulopathies du cœur gauche rencontrées en Europe occidentale seront traitées dans ce dossier. Le rétrécissement aortique calcifié (RAC) est aujourd'hui la valvulopathie native numéro 1, touchant 3 à 4 % de la population générale après 75 ans, dont la moitié des cas sont asymptomatiques. **David Messika-Zeitoun** insiste à juste titre sur l'intérêt de l'ECG d'effort en cas de RAC sévère chez un patient qui se déclare asymptomatique, afin de dépister les faux asymptomatiques et de quantifier l'augmentation de pression artérielle à l'effort, paramètre fiable de tolérance hémodynamique. Il est actuellement admis qu'en cas de RAC critique, défini par un pic de vitesse transvalvulaire > 5,5 m/s pour les Européens, voire > 5 m/s pour les Américains, le risque d'événements cardiaques indésirables à moyen terme est élevé. Les recommandations sont donc en faveur d'un remplacement valvulaire aortique (chirurgical) précoce en cas de RAC critique, pourvu que le risque opératoire soit très faible [1, 2]. Quelques études randomisées sur ce sujet sont actuellement en cours, dont l'essai multicentrique français ESTIMATE (<https://clinicaltrials.gov/>) dont le but est de démontrer le bénéfice de la chirurgie précoce en cas de RAC asymptomatique sévère à haut risque d'événements cardiaques indésirables et faible risque opératoire.

Concernant l'insuffisance aortique (IAo), **Julien Ternacle** nous rappelle que l'échographie transthoracique reste la technique de première intention pour la quantification de l'IAo, l'évaluation du retentissement ventriculaire gauche (VG) et le dépistage des anévrismes de l'aorte initiale fréquemment associés. En cas d'échogénicité insuffisante, l'IRM cardiaque est la méthode de référence pour le calcul des volumes et de la fraction d'éjection VG, permettant également un calcul fiable

## Le dossier – Prise en charge des valvulopathies asymptomatiques

de la fraction de régurgitation aortique et des mesures précises des diamètres sur les différents segments de l'aorte thoracique. Il est également rappelé que les recommandations actuelles sont basées sur des mesures échographiques en mode TM publiées il y a plus de 20 ans ; les études sur la valeur pronostique des volumes VG en échographie 2D/3D ou en IRM cardiaque restent à faire.

Pour finir, **Christophe Tribouilloy** dresse un panorama complet de l'insuffisance mitrale (IM) primaire asymptomatique. Les enjeux sont peut-être encore plus importants dans l'IM, compte tenu du caractère insidieux et irréversible de la dysfonction systolique VG en cas d'IM asymptomatique sévère, à cause d'une postcharge VG allégée, à la différence des valvulopathies aortiques. Une fois de plus, l'ECG d'effort doit être largement prescrit afin de vérifier l'absence de symptôme et la bonne tolérance hémodynamique à l'effort. Comme pour les valvulopathies aortiques, la valeur ajoutée de l'échographie d'effort

en cas d'IM primaire asymptomatique reste à démontrer de manière large, en raison de l'effectif limité et des résultats discutables des études actuellement disponibles. Malgré l'absence d'étude randomisée, les données actuelles sont largement en faveur d'une chirurgie précoce en cas d'IM sévère asymptomatique par prolapsus, bien entendu à condition qu'une plastie mitrale soit réalisable avec un fort taux de succès anticipé (> 90 %) et que le risque opératoire soit très faible (< 1 %) [1].

Globalement, la prise en charge des patients valvulaires asymptomatiques reste complexe et justifie pleinement le développement de groupes hospitaliers médico-chirurgicaux experts en maladies valvulaires (*Heart Valve Team*) [1,2]. La *Heart Valve Team* comporte des cardiologues cliniciens, des cathétériseurs, des échographistes, des radiologues, des chirurgiens, des anesthésistes et des gériatres, ainsi que toute autre spécialité requise pour un patient donné. Seuls de tels groupes d'experts structurés peuvent

mener à bien les missions d'auto-évaluation du centre, la participation aux registres nationaux et internationaux et la publication des résultats d'études dans des revues scientifiques internationales. La prise en charge optimale des patients valvulaires et l'évolution de nos pratiques basée sur des données scientifiques solides sont à ce prix.

### BIBLIOGRAPHIE

1. NISHIMURA RA, OTTO CM, BONOW RO *et al.* 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*, 2014;63:e57-185.
2. Joint Task Force on the Management of Valvular Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC); European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), VAHANIAN A, ALFIERI O, ANDREOTTI F *et al.* Guidelines on the management of valvular heart disease (version 2012). *Eur Heart J*, 2012;33:2451-2496.