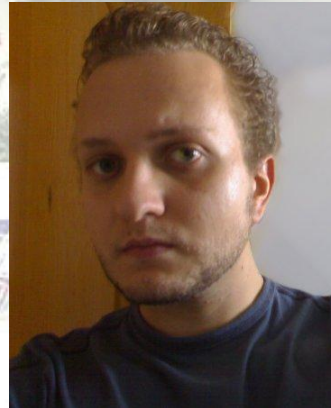


CAS CLINIQUE

Préparé par l'interne Antar Khaled



- Un homme de 51 ans rapporte la notion de dyspnée progressive survenant à l'effort et évoluant depuis plusieurs mois qui ne l'a pas inquiété.

Antécédents :

Personnels :

- Hypertension artérielle
- Dyslipidémie
- Diabète de type II
- Obésité
- Pour lesquels le patient recevait depuis des années du métoprolol, enalapril, simvastatine, glipizide et métformine

Familiaux :

- Pathologies coronariennes dans la famille
- Diabète de type II chez sa mère

Habitudes de vie :

- Tabagisme pendant des années mais a arrêté depuis 5 ans
- Pas d'intoxication alcoolique
- Pas de prise de drogues
- Pas de partenaires sexuels multiples

Examen physique :

- Obésité, BMI = 40 Kg/m²; TA = 121/76 mm Hg; FC : 70 bpm
- Auscultation cardiaque : souffle systolique à 2/6 crescendo-decrescendo plus audible au bord supérieur droit du sternum et précédée par un clic d'éjection. Ce souffle systolique était plus discret à la réalisation de la manœuvre de Valsalva et lors du passage de la position couchée à la position debout.
- Auscultation pulmonaire : Diminution bilatérale des murmures mais on ne note pas de bruits pathologiques.
- Le reste de l'examen physique est sans particularités.

1. A partir des informations recueillies, quel diagnostic vous semble le plus probable ?

- A. a. Angine de Poitrine (AP)
- B. b. Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- C. c. Cardiomyopathie hypertrophiée (CMH)
- D. d. Asthme
- E. e. Sténose aortique (SA)

1. A partir des informations recueillies, quel diagnostic vous semble le plus probable ?

- A. Angine de Poitrine (AP)
- B. Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)
- C. Cardiomyopathie hypertrophique (CMH)
- D. Asthme
- E. STÉNOSE AORTIQUE (SA)**

Explications :

- La cause la plus fréquente de dyspnée est le dysfonctionnement cardiorespiratoire.
- L'interrogatoire médical minutieux et un examen physique complet sont nécessaires pour établir l'origine de la dyspnée.
- Les patients ayant une angine de poitrine peuvent présenter avec la dyspnée, même en absence de douleur thoracique, une particularité connue sous le nom d'équivalent d'angor. La difficulté respiratoire s'explique par l'élévation des pressions auriculaires gauches au cours d'une ischémie myocardique. Les manifestations atypiques de l'angine de poitrine sont plus fréquentes chez les femmes et les personnes âgées ou diabétiques; Cependant dans l'angine de poitrine, on ne retrouve pas le souffle que présente le patient à l'auscultation cardiaque.
- La Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est responsable d'une dyspnée d'effort mais on ne retrouve pas de souffle à l'auscultation cardiaque.

- Dans la cardiomyopathie hypertrophique (CMH), la diminution de la pré-charge produite par la manœuvre de Valsalva ou lors du passage de la position couchée à la position debout est responsable de l'augmentation de l'obstruction et d'un souffle cardiaque accru, un clic d'éjection n'est généralement pas présent dans la CMH.
- L'absence de caractéristiques correspondant à l'hyperréactivité bronchique ou à l'atopie rendent le diagnostic d'asthme très peu probable.

- La présentation du patient est plus compatible avec une Sténose Aortique (SA) bicuspide.
- La sténose aortique (SA) est une pathologie où l'obstruction progressive exercée sur le débit du ventricule gauche est responsable d'une hypertrophie ventriculaire, les symptômes sont une dyspnée d'effort, syncope et angine de poitrine et si elle n'est pas traitée, elle peut entraîner la mort.
- La cause la plus fréquente de sténose aortique depuis les années 90 a toujours été la dégénérescence sénile, cependant chez les adolescents et les personnes de la vingtaine d'année, la cause peut être une valve aortique unicuspidie d'origine congénitale (unicuspidie) ou **une valve aortique bicuspide (VAB) : Bicuspidie.**

- Les patients qui développent une sténose aortique à l'âge de 40 à 60 ans ont généralement une VAB calcifiée ou peut être l'apanage d'une cardiopathie rhumatismale.
- La sténose aortique peut être diagnostiquée au chevet du malade par une auscultation cardiaque attentive, qui révèle en général des résultats caractéristiques y compris un bruit d'éjection systolique qui devient plus fort et plus important tardivement avec une gravité croissante et qui irradie dans les carotides et l'apex.
- Dans la sténose aortique progressive, A2 peut être diminué, retardé ou absent.
- Le clic d'éjection aortique se produit 20 à 40 ms après le début de la montée en pression dans l'aorte central et il coïncide avec l'encoche forte sur le mouvement ascendant de la courbe de pression de l'aorte
- Le clic d'éjection aortique coïncide également avec l'excursion maximale de la valve en forme de dôme. Lorsque la valve aortique est immobile à cause de la calcification sévère, aucune excursion ou ascension n'est possible.

Suite du cas clinique :

- **Le patient a été conseillé de bénéficier d'examens complémentaires concernant sa valvulopathie.**

2. Quel examen complémentaire vous fournira le plus d'informations pour le diagnostic ?

- A. Une radiographie du thorax (Rx Thx)
- B. Un électrocardiogramme (ECG)
- C. Une échocardiographie trans-thoracique (ETT)
- D. Un cathétérisme cardiaque (KT)
- E. Des explorations fonctionnelles respiratoires (EFR)

2. Quel examen complémentaire vous fournira le plus d'informations pour le diagnostic ?

- A. Une radiographie du thorax (Rx Thx)
- B. Un électrocardiogramme (ECG)
- C. Une échocardiographie trans-thoracique (ETT)**
- D. Un cathétérisme cardiaque (KT)
- E. Des explorations fonctionnelles respiratoires (EFR)

Explications :

- La radiographie du thorax et l'ECG sont les examens complémentaires appropriés pour un patient présentant une dyspnée mais dans notre cas, ils ne fournissent pas des informations spécifiques, de plus l'ECG peut révéler les signes d'une hypertrophie ventriculaire mais ce n'est pas spécifique.
- L'ETT, l'examen de choix pour diagnostiquer et évaluer la sévérité de la sténose aortique, trouve son indication quand il existe un souffle systolique de 3/6 ou plus, un S2 unique ou des symptômes qui correspondraient à une sténose aortique.
- Pour les patients dont le tableau ne concorde avec le résultat de l'ETT ou dont les symptômes sont dus à une angine de poitrine, le cathétérisme cardiaque est recommandé pour étayer le diagnostic.
- Les EFR peuvent évaluer la dyspnée mais n'aident pas au diagnostic de sténose aortique.

Suite du cas clinique :

- Ce patient a bénéficié d'une échocardiographie trans-thoracique qui a révélé une VAB, une valve aortique systolique moyenne Doppler gradient de 10 mm Hg (surface de la valve calculée : 2,89 cm²) sans signes de régurgitation aortique, de sévères dilatations des sinus de Valsalva (diamètre 50 mm), une taille normale du ventricule gauche et une fonction systolique normale (fraction d'éjection estimée, 65%).
- Une dilatation modérée à sévère de l'aorte ascendante (48 mm au niveau moyen) a été trouvée, cependant, une évaluation plus poussée a été recommandée, car l'ETT est gênée par la corpulence du patient.

3. Quel examen complémentaire serait le plus approprié pour établir le diagnostic radiographique de ce patient ?

- A.** Le cathétérisme cardiaque et coronarographie
- B.** L'échocardiographie transœsophagienne (ETO)
- C.** Aortographie
- D.** L'imagerie par résonance magnétique (IRM)
- E.** Pas d'imagerie complémentaire est indiquée en ce moment

3. Quel examen complémentaire serait le plus approprié pour établir le diagnostic radiographique de ce patient ?

- A. Le cathétérisme cardiaque et coronarographie
- B. L'échocardiographie transœsophagienne (ETO)
- C. Aortographie
- D. L'imagerie par résonance magnétique (IRM)**
- E. Pas d'imagerie complémentaire est indiquée en ce moment

- **l'IRM cardiaque ou la TDM peuvent être utilisées pour quantifier plus précisément le diamètre de la racine de l'aorte et l'aorte ascendante et de bien évaluer le degré de l'élargissement, ces examens sont indiqués chez les patients présentant une VAB lorsque la morphologie de la racine de l'aorte ou de l'aorte ascendante ne peuvent être évaluées avec précision par l'ETO.**
- **La TDM peut également permettre la visualisation des coronaires ce qui évite la coronarographie.**

Suite du cas clinique :

- Du fait que les images échographiques du patient n'ont pas été entièrement satisfaisantes, une IRM cardiaque été réalisée et a confirmé une VAB avec dilatation de la racine aortique.
- L'aorte ne présentait aucun signe de la dissection et a été mesurée à 49 mm aux sinus de Valsalva, 40 mm à la jonction sinotubulaire, et 52 mm au niveau de l'artère pulmonaire droite environ 6 cm au-dessus de la valve.

4. A la lumière des résultats de l'IRM et de l'ETO, laquelle de ces propositions serait la prise en charge pour ce patient?

- A.** Suivi échocardiographique ambulatoire dans 6 mois
- B.** Suivi échocardiographique ambulatoire dans 1 an
- C.** AVR (Réparation de la valve aortique)
- D.** Réparation de la racine aortique
- E.** Pas de suivi ou d'intervention en ce moment

4. A la lumière des résultats de l'IRM et de l'ETO, laquelle de ces propositions serait la prise en charge pour ce patient?

- A. Suivi échocardiographique ambulatoire dans 6 mois
- B. Suivi échocardiographique ambulatoire dans 1 an
- C. AVR (Réparation de la valve aortique)
- D. Réparation de la racine aortique**
- E. Pas de suivi ou d'intervention en ce moment

Explications :

- La dilatation de la racine de l'aorte ou de l'aorte ascendante peut progresser avec le temps chez les patients présentant une VAB, de sorte que ces patients ont un risque important de dissection aortique.
- Conformément aux recommandations de l'AHA / ACC Practice, la chirurgie en vue de réparer la racine aortique ou de remplacer l'aorte ascendante est indiquée, chez les patients avec une VAB, si le diamètre de la racine de l'aorte ou de l'aorte ascendante est supérieur à 5,0 cm ou si l'augmentation de diamètre est de 0,5 cm par an ou plus.
- De plus, chez les patients avec une VAB bénéficiant d'une AVR en raison de graves sténose aortique ou rétrécissement aortique, la réparation de la racine de l'aorte ou le remplacement de l'aorte ascendante est indiqué si le diamètre de la racine aortique ou l'aorte ascendante est supérieure à 4,5 cm.

Suite du cas clinique :

- Sur la base de l'évaluation du patient et de tous les résultats ci-dessus, des dispositions ont été prises pour que le patient bénéficie d'une réparation de la racine aortique seulement.
- Cependant, l'inspection peropératoire de la valve aortique a révélé d'importantes calcifications, malgré un fonctionnement relativement normal de la valve, le patient a bénéficié d'un remplacement de la valve aortique (AVR), d'un remplacement de la racine aortique avec une greffe de 27mm (CarboMedics, Austin, TX), de la reconstruction de l'artère coronaire droite proximale, ainsi qu'une suture ainsi d'un foramen ovale perméable.
- Le patient s'est rétabli sans complications et a été mis sortant après 6 jours d'hospitalisation.

5. Si le patient demande un dépistage de VAB chez ses proches, quelle serait la recommandation la plus appropriée ?

- A. Le dépistage dans la famille n'est indiquée pas vu que la VAB n'est pas une maladie héréditaire
- B. Le dépistage est indiqué chez ses enfants
- C. Le dépistage est indiqué chez ses grands-parents
- D. Le dépistage est indiqué chez ses neveux et nièces
- E. Le dépistage est indiqué chez ses demi-frères et demi-sœurs.

5. Si le patient demande un dépistage de VAB chez ses proches, quelle serait la recommandation la plus appropriée ?

- A. Le dépistage dans la famille n'est indiquée pas vu que la VAB n'est pas une maladie héréditaire
- B. Le dépistage est indiqué chez ses enfants**
- C. Le dépistage est indiqué chez ses grands-parents
- D. Le dépistage est indiqué chez ses neveux et nièces
- E. Le dépistage est indiqué chez ses demi-frères et demi-sœurs.

Explications :

- Les preuves s'accumulent pour le regroupement familial et l'héritabilité de la VAB.
- Dans un rapport de 30 patients consécutifs avec une VAB confirmée par échocardiographie, tous les 210 parents au premier degré ont été contactés, et 190 ont accepté une ETT. Une VAB était présente dans 9% des parents au premier degré, et 37% des familles avaient au moins 1 membre supplémentaire avec une VAB . Le mode de transmission dans ces familles était compatible avec le mode autosomique dominant.
- Une ETT de dépistage pour détecter la présence d'une VAB est recommandée pour les parents au premier degré des patients atteints de VAB .Grand-parents, petits-enfants, oncles, tantes, neveux,nièces et demi-frères et sœurs sont tous des parents qui ont 2 méioses plus loin du patient (c.-à-dire parents de deuxième degré) et donc le dépistage chez eux n'est pas indiqué.

المرکز الطبي
SERVICE DES URGENCES

MERCI