

Sténose Mitrale



Christian Loubert

Résident 2 - Anesthésiologie

Université de Montréal

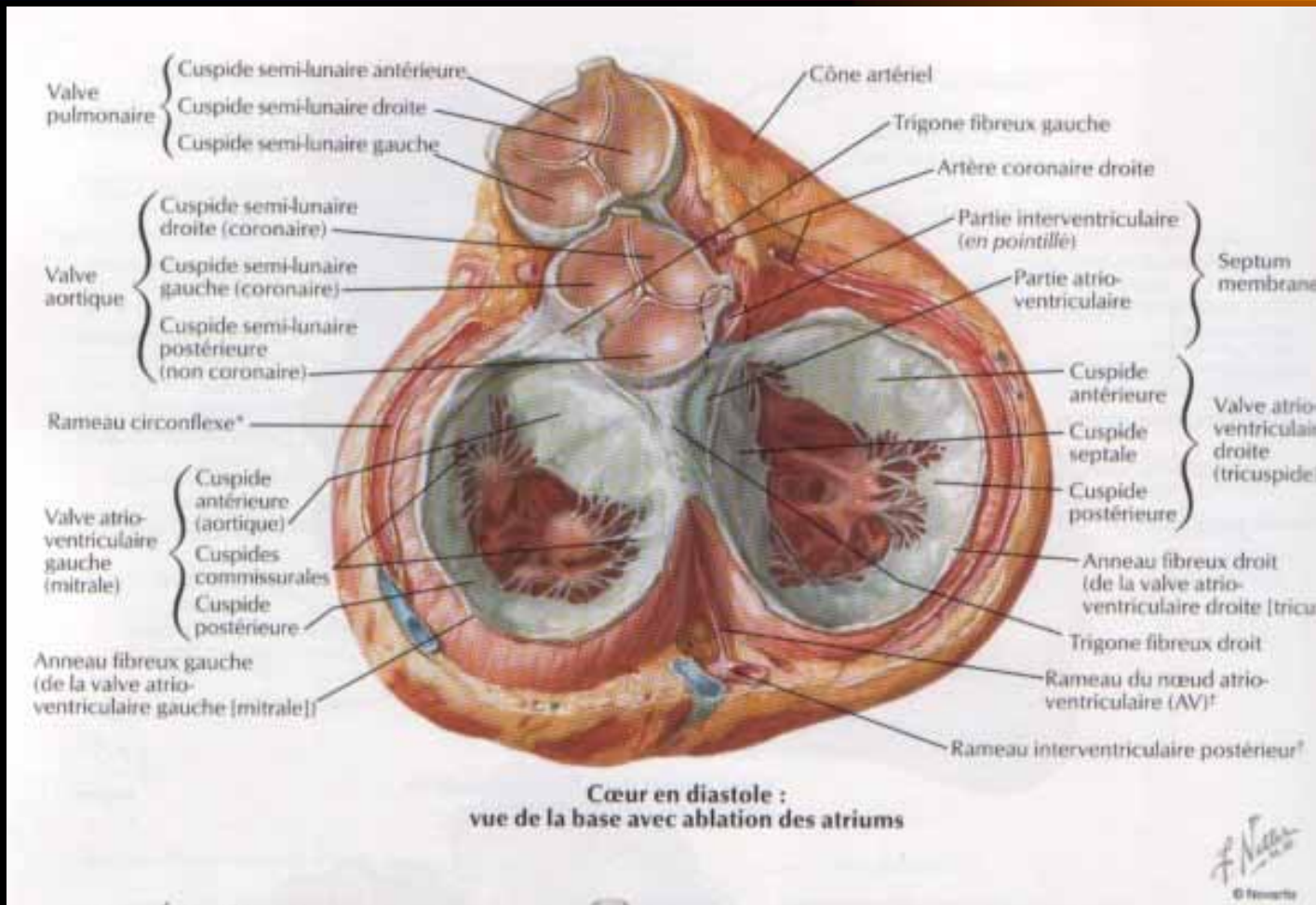
5 octobre 2004

Plan

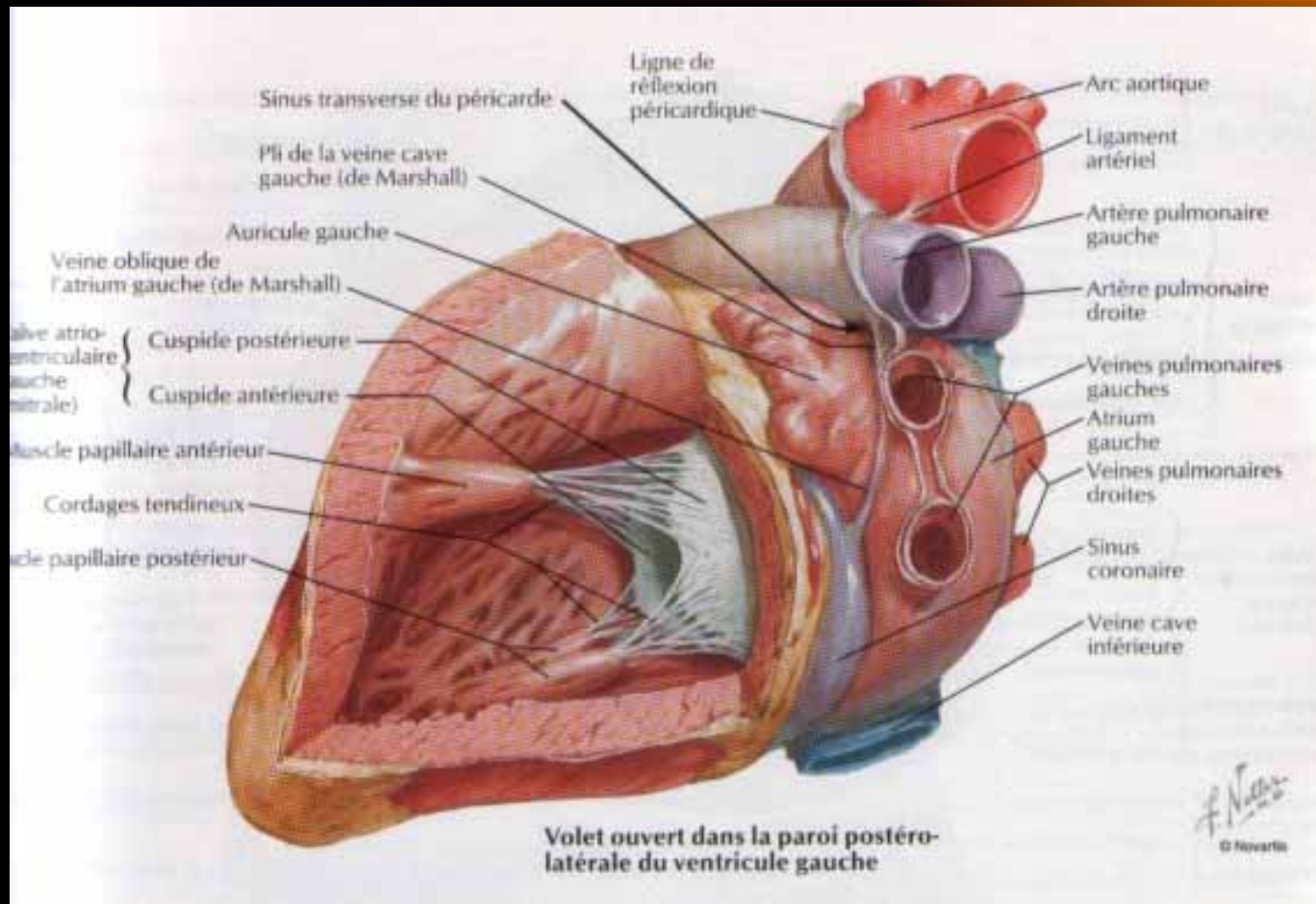


- Anatomie
- Étiologie
- Physiopathologie
- Manifestation clinique
- Échocardiographie
- Traitement
- Approche anesthésique

Anatomie



Anatomie



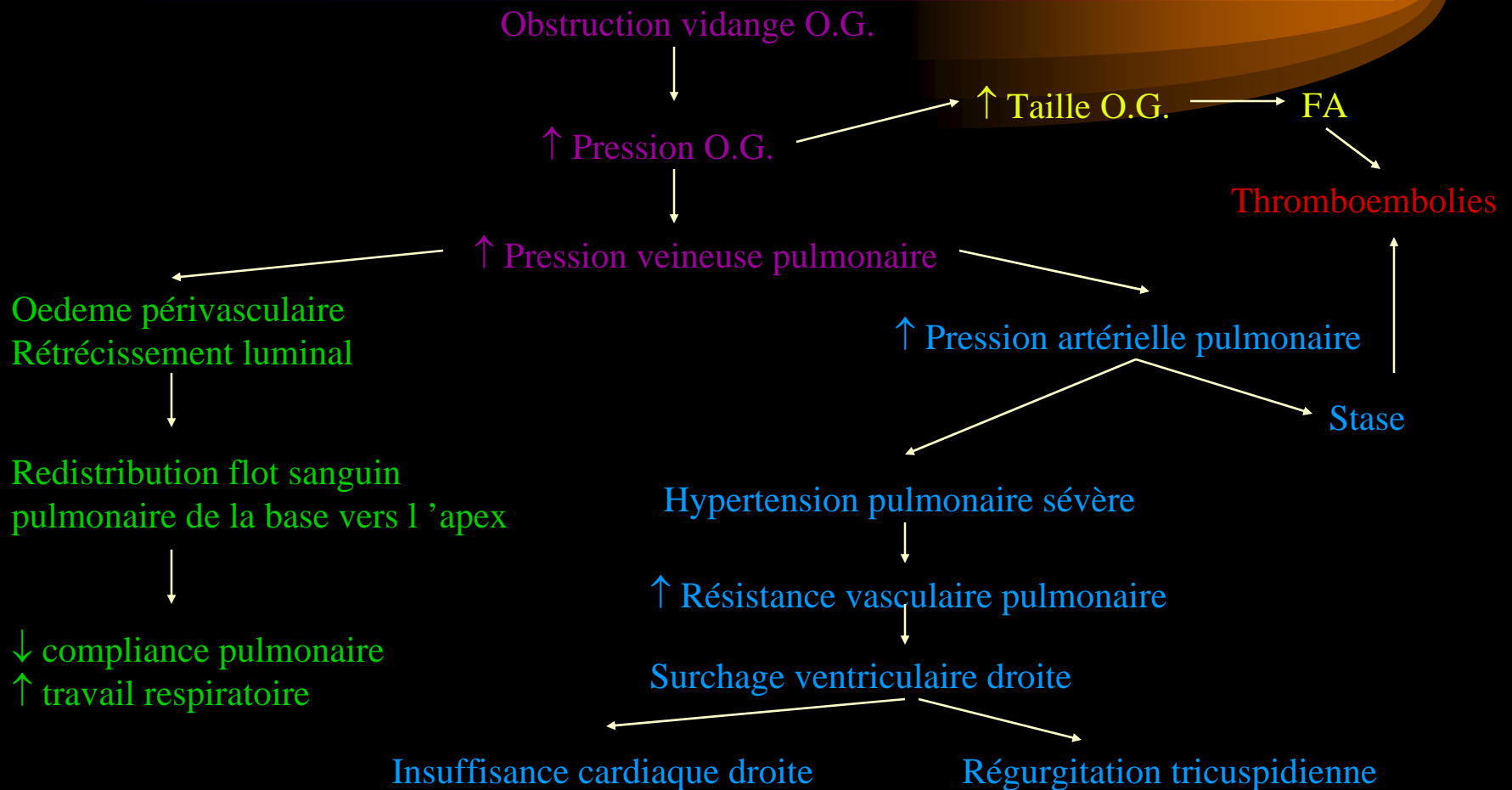
Étiologie

- Rhumatisme Articulaire Aigu
 - 3 à 5 ans après l'infection
 - Femmes : Homme = 2 : 1
 - Calcification/infiltration non-rhumatismale
 - Lésions congénitales
 - Autres : végétations, tumeurs, thrombi
 - Dysfonction valve artificielle

Pathologie



Physiopathologie



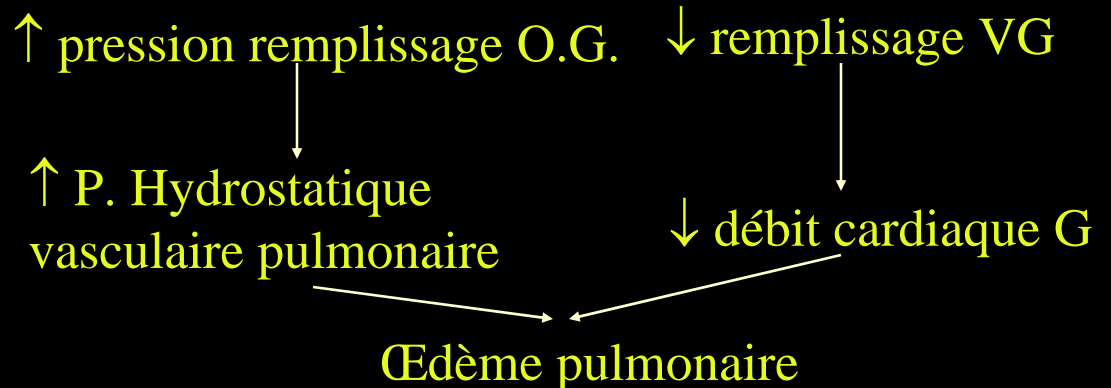
Physiopathologie

$$P.O.G - P.T.D.VG = [(\text{débit cardiaque})/(\text{temps diastolique})]^2$$

Grossesse
Thyrotoxicose
Fièvre
Exercice physique
FA

↑ $\Delta P \Rightarrow$ ↑ Débit cardiaque
↓ Temps diastolique

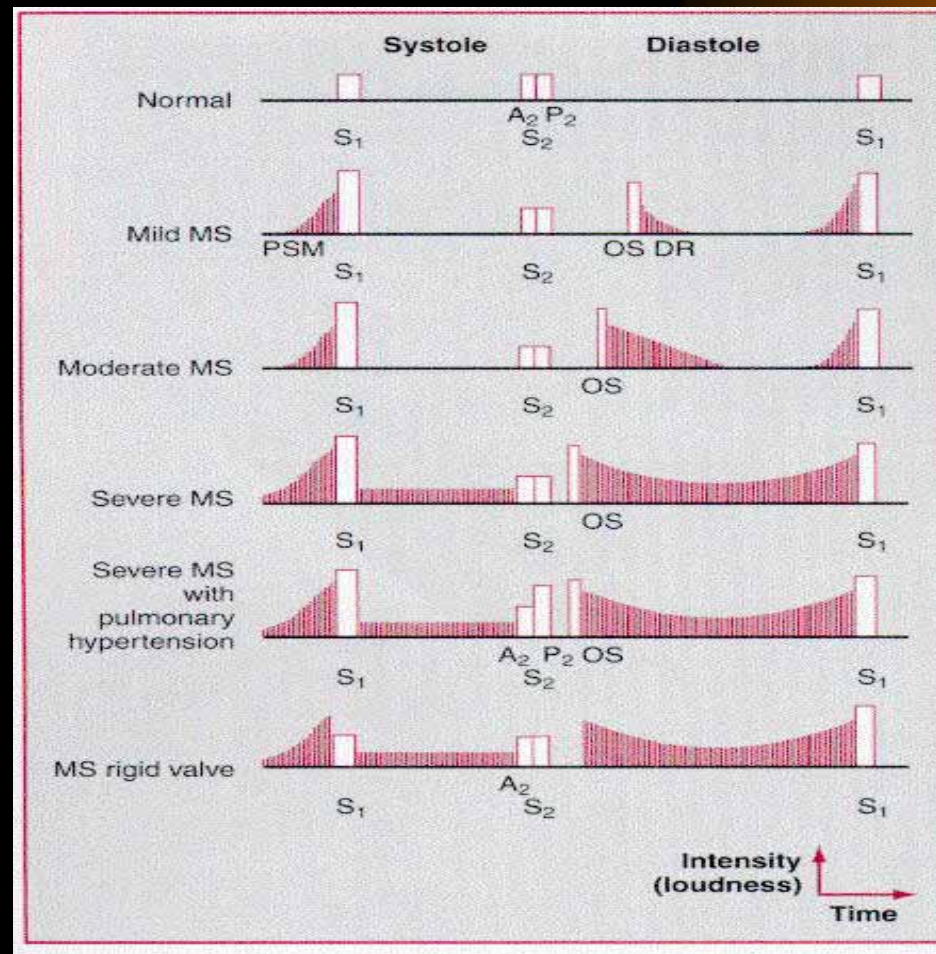
Traiter cause sous-jacente
Ralentir rythme



Manifestations cliniques

- Début symptômes entre 30 et 50 ans
 - Dyspnée à l'effort et même repos
 - ↓ compliance pulmonaire
 - OAP 2° tachycardie (FA)
 - Hémoptysies
 - Palpitations
 - Arythmies cardiaques
 - Thromboembolies
 - Raucité voix (compressions NRL par OG dilatée)

Manifestations cliniques



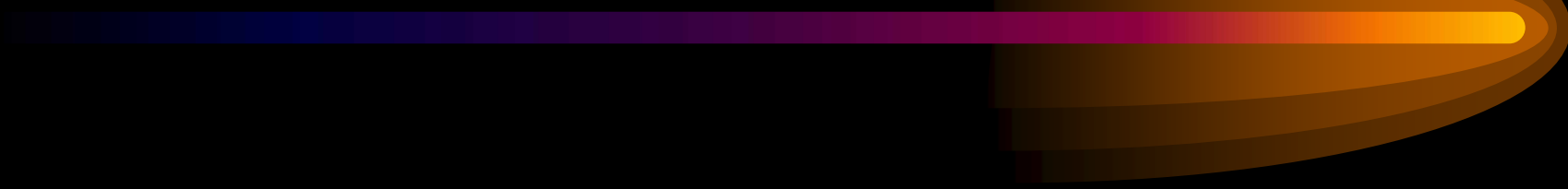
Échocardiographie

- Épaississement et calcification des feuillets mitraux avec fusion des commissures
- Calcification, fusion, fibrose et raccourcissement de l'appareil sous-valvulaire
- Déformation en «bâton d'hockey» du feuillet antérieur en diastole
- Diminution de la mobilité du feuillet mitral postérieur en systole.

Échocardiographie

	Normale	Légère	Modérée	Sévère
Aire (cm²)	4,0 – 6,0	1,6 – 2,0	1,1 – 1,5	< 1,0
Gradient de pression (mm HG)		< 5	5 – 10	> 10
Pressure half-time (msec)	60	90 – 150	150 – 220	> 220 (AVM = 200/PHT)

Échocardiographie



Traitements

- Antibioprophylaxie vs endocardite infectieuse
- Diurétiques et restriction sodée
- Digoxine pour insuffisance cardiaque D et FA
- β -bloqueurs et BCC pour tolérance à l'effort
- Anticoagulothérapie si événement thrombotique ou risques
- Cardioversion électrique/chimique pour FA

Traitements

- **Commisurotomie mitrale percutanée**
 - Jeunes (30 ans); pour pts agés, scores d'évaluation anatomie mitrale
 - Valves peu calcifiés, appareil sous-mitral adéquat, peu de comorbidités
 - Resténose, donc réinterventions (palliatif)
 - Éviter thoracotomie
- **Valvotomie mitrale fermée**
- **Valvotomie mitrale ouverte (CEC)**
 - Si appareil mitral et sous-mitral trop calcifiés et distordus
- **Remplacement mitral**
 - Sténose mitrale serrée, fusion et calcification commissurale extensives
 - symptomatique (NYHA III ou NYHA II + HTP sévère)
 - Considérer comorbidités

Approche anesthésique

- Pré : - pour permettre débit transmitral
- Post : - éviter \uparrow VD (déjà HTP) : hypoxie, acidose, hypercarbie
- C : - VG ok avant CEC ; VD \pm insuffisant si HTP
- FC : - lent pour permettre remplissage VG
- R : - souvent FA, contrôler réponse ventriculaire

- Hypotension : évaluation volémie avec ETO et Swan : souvent OK. Utiliser Rx vasopresseurs et inotropes (post CEC : \downarrow VG)
- Attention : Wedge surestime pression remplissage VG 2° à \uparrow gradient transmitral