

Tableau 10.1. **A** Synthèse des caractéristiques des différents types de prothèses valvulaires.

	Prothèse mécanique	Bioprothèse
Indications	<ul style="list-style-type: none"> – Choix du patient – Absence de contre-indication aux AVK – Risque de dégénérescence précoce (hyperparathyroïdie, IRnC) – Autres indications d'AVK (FA, MTE) – Patient jeune avec espérance de vie raisonnable : <ul style="list-style-type: none"> < 60 ans en position aortique < 65 ans en position mitrale – Éducation thérapeutique possible – – Souhait d'une intervention définitive : haut risque chirurgical si réintervention 	<ul style="list-style-type: none"> – Choix du patient – Risque de complication (compliance) ou contre-indication aux AVK (risque hémorragique, comorbidités, conduites à risque) – ATCD de thrombose de prothèse mécanique malgré INR efficace – Désir de grossesse – Faible risque de réintervention – Patient âgé ou avec espérance de vie prévisible inférieure à la celle de la bioprothèse : <ul style="list-style-type: none"> 65 ans position aortique 70 ans en position mitrale
Avantages	Durée prolongée (> 15 ans en l'absence de complication)	Pas d'anticoagulation à vie
Inconvénients complications	<ul style="list-style-type: none"> – Anticoagulation à vie avec risque de thrombose de prothèse (si sous-dosage) ou de saignement (si surdosage) – Endocardite infectieuse – Désinsertion, hémolyse – Bruits de valve perçus 	<ul style="list-style-type: none"> – Durée courte : 10–15 ans avec dégénérescence de bioprothèse – Endocardite infectieuse – Désinsertion – Thrombose
Suivi au long cours	<ul style="list-style-type: none"> – Anticoagulation à vie selon INR cible, éducation, auto-INR – Suivi cardiologique annuel – Prévention de l'endocardite infectieuse dont soins dentaires biannuels avec antibioprofylaxie – Port d'une carte 	<ul style="list-style-type: none"> – Anticoagulation 3 mois postopératoires selon recommandations – Suivi cardiologique annuel – Prévention de l'endocardite infectieuse dont soins dentaires biannuels avec antibioprofylaxie – Port d'une carte

ATCD : antécédent; AVK : antivitamine K; FA : fibrillation atriale; INR : *International Normalized Ratio*; IRnC : insuffisance rénale chronique; MTE : maladie thromboembolique.

II. Physiopathologie

- Les prothèses valvulaires fonctionnent comme des valves natives : le jeu de l'élément mobile (bille autrefois, disque basculant ou double ailette de nos jours, cusps des valves biologiques) se fait sous l'effet des variations de pression dans les cavités cardiaques en amont et en aval de la prothèse ; il permet le passage du sang dans le sens de la circulation et empêche le reflux ou régurgitation en sens inverse.
- Les valves mécaniques comportent un risque de thrombose nécessitant une anticoagulation efficace par AVK.
- Les valves biologiques présentent un risque de dégénérescence avec développement de calcifications conduisant à une sténose, ou exposant à risque de déchirure, en particulier commissural.

III. Complications des valves cardiaques

A. Complications thromboemboliques

- Ce sont les complications les plus fréquentes des prothèses valvulaires.
- Elles sont beaucoup plus fréquentes avec les prothèses mécaniques qu'avec les prothèses biologiques, d'où la nécessité absolue d'un traitement anticoagulant par antivitamine K à vie et parfaitement équilibré pour les porteurs de valves mécaniques.

- Le bloc complet de branche droite a les caractéristiques suivantes (fig. 15.10 et 15.11) :
 - durée de QRS > 120 ms ;
 - en V1 : QRS globalement positif avec aspect RsR' ;
 - en V6 : aspect qRs avec onde S traînante et le plus souvent arrondie.

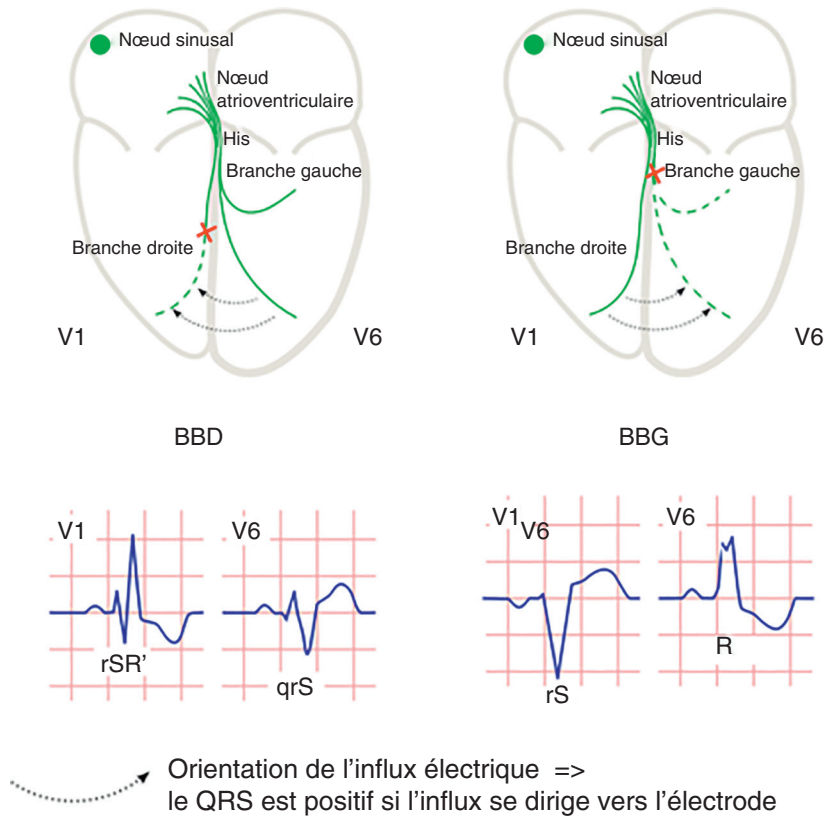


Fig. 15.10. A Bloc de branche droite et bloc de branche gauche complets.

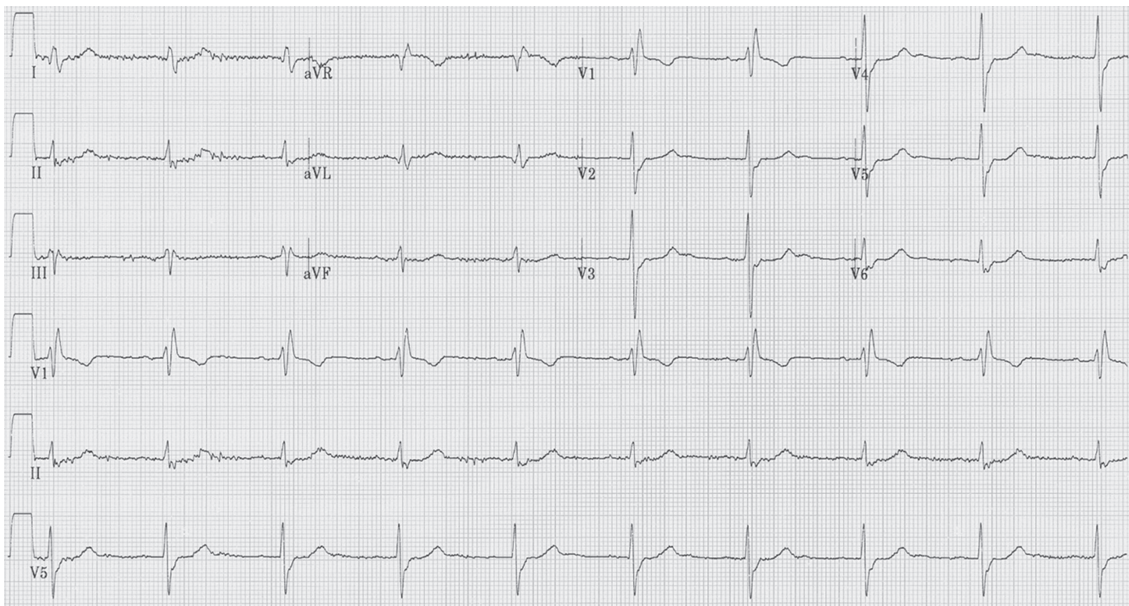


Fig. 15.11. A Aspect de bloc complet de branche droite.

Question 3

Réponse : A, B

Commentaire : A et B : recherche des facteurs de risque. C, D et E : SCZ (pas de recherche systématique en absence d'orientation clinique).

Question 4

Réponse : A, B, D

Commentaire : Le tabagisme peut être responsable de ses manifestations douloureuses à la jambe dans le cadre d'une AOMI. Le tabac est un facteur pronostique majeur ++++. Son arrêt contribue à la diminution progressive des douleurs, notamment quand il est associé à la marche, et au développement d'une circulation collatérale (+ meilleure oxygénation). Il ne permet pas la disparition des plaques d'athérome à long terme mais contribue au ralentissement de sa progression et à sa stabilisation.

Question 5

Réponse : B, E

Commentaire : Un ECG serait légitime à la recherche d'éléments pour coronaropathie, et compte tenu d'antécédents d'HTA. La recherche d'une ischémie myocardique silencieuse n'est pas systématique. L'échodoppler est requis devant la suspicion de sténose subclavière.

Question 6

Réponse : E

Commentaire : Le patient a déjà une atteinte clinique avec chirurgie carotidienne. Il est donc qualifié à très haut risque et doit bénéficier d'une stratégie de prévention secondaire.

Question 7

Réponse : D

Commentaire : On note une chute de pression artérielle bilatérale avec IPS à l'effort < 0,90 à droite comme à gauche. Le retentissement hémodynamique est plus important à gauche. A et E : SCZ.

Question 8

Réponse : C, E (PCZ)

Commentaire : Devant ce tableau d'AOMI, il n'y a pas d'indication à une revascularisation en 1^{re} intention. La marche n'est surtout pas déconseillée, au contraire : le traitement médical est privilégié devant un périmètre de marche large, avec rééducation à la marche, de préférence supervisée par un rééducateur. A : SCZ.

Question 9

Réponse : E

Commentaire : Les normes de laboratoires sont généralement faites pour des sujets sains sans facteurs de risque. Ici, nous sommes dans une stratégie de prévention secondaire. A : SCZ.

Question 10

Réponse : A, B, C, D

Commentaire : Le tabagisme n'est pas un facteur de risque de maladie thromboembolique veineuse.

DP 11**Question 1**

Réponse : B (PCZ), D, E

Commentaire : C : SCZ.

Question 2

Réponse : A, D

Question 3

Réponse : A, B, C, D, E

Question 4

Réponse : A

Commentaire : E : SCZ.

Question 5

Réponse : C

Commentaire : A et E : SCZ.

Question 6

Réponse : B (PCZ)

Commentaire : A et C : SCZ.

Question 7

Réponse : B, C

Question 8

Réponse : A

Question 9

Réponse : B

Question 10

Réponse : A, C, D

Question 11

Réponse : A

Question 12

Réponse : A

Question 13

Réponse : A

Commentaire : B et D : SCZ.

Question 14

Réponse : C, E

Question 15

Réponse : D

DP 12**Question 1**

Réponse : B

Commentaire : Toute apparition d'un souffle doit faire suspecter une endocardite. Une valvulopathie sténosante aortique est plus que probable compte tenu de la description. Dans le cas d'une insuffisance mitrale, le souffle ne devrait pas irradier les carotides. Une sténose serrée des deux carotides est peu probable. Le souffle est trop intense pour être fonctionnel.

Question 2

Réponse : E (PCZ)