

Item 231C – Insuffisance aortique

Etiologies	
IA aigüe	▪ EI en phase aigüe ▪ Dissection aortique aigüe ▪ IA traumatique
IA chronique	▪ IA dsytrophiques - Maladie annulo-ectasiente (anomalie du tissu collagène) => examiner aorte ascendante ▪ IA sur bicuspidie aortique (la + frqte des anomalies congénitales de valve aortique) +/- anomalies histologiques de aorte ascendante (attention aux anévrysmes) ▪ IA 2aire à EI ancienne ▪ IA rhumatismale ▪ IA associées à des maladies inflammatoires ▪ IA toxiques (Cf IM)
Physiopathologie	
▪ 4 stades ▪ Si fuite aigüe importante => augmentation PTDVG (pression télédiastolique du VG) > POG => fermeture pramturée de valve mitrale ▪ Décompensation IA chronique ▪ Augmentation des besoins myocardiaques en O2 => Insuffisance coronarienne fonctionnelle avec douleurs angineuses	
Diagnostic	
IA chronique	▪ Longtemps asymptomatique ▪ <u>Examen clinique</u> : ○ <u>Palpation</u> : choc de pointe dévié en bas et en dehors ○ <u>Auscultation</u> : - Souffle diastolique, foyer aortique, position assise ou expiration penché en avant - Souffle systolique si fuite moyenne - Pistol shot (roulement pré-systolique de Flint) si fuite importante ○ PAD diminue (PAS normale $\geq$ (PAS/2) + 10 mmHg) ○ Pouls amples si fuite sévère ○ Pouls capillaire visible sur lit unguéal, double souffle crural de Duroziez ○ Signes de maladie génétique ? ▪ <u>Radio</u> : normale, ↗ rapport C/T, silhouette aortique ▪ <u>ECG</u> : normal, HVG, (trb rythme, conducteur) ▪ <u>Echo</u> : examen de référence. Confirme le diagnostique, mécanisme, étio, quantification, lésions associées, dilatation aorte ascendante, retentissement VG (<i>ETO si suspicion endocardite bactérienne, mauvaise échogénicité, examen ETT aux conclusions incertaines</i>) ▪ <u>Autres</u> : TDM aorte, IRM, coronarographie, aortographie
IA aigüe	▪ Symptômes (OAP) précoces si fuite importante ▪ Signes cliniques moindres, Rx : s. congestion pulmonaire, ECG : tachycardie sinusale, écho : pas de dilatation
Traitement	
Médical	▪ Suivi clinique + écho réguliers + prévention endocardite bactérienne ▪ Si IC : IEC + diurétiques - Si Marfan : BB - Si FA : anti-arythmiques + anticoagulants - Si EI : ATB

Chirurgical	Ectasie de aorte	Non	Limité portion tubulaire	Oui
	Lésion aortique			
	Non réparable	Remplacement valvulaire aortique par prothèse	Remplacement valve aortique + tube sus-coronaire	Bentall
	Réparable	/	/	Remplacement complet aorte initiale + geste plastie valvulaire aortique
■ <u>Indications :</u> - IA sévères symptomatiques - IA sévères avec retentissement sévère sur VG - Ectasie sévère de aorte initiale : → ≥ 45-50 mm si Marfan → ≥ 50-55 mm si bicuspidie → ≥ 55 mm autres situations - Dissection aortique du type A				