

Échocardiographie - Doppler

S. Lafitte, M. Lafitte, P. Réant, R. Roudaut

C.H.U. de Bordeaux ~ Hôpital Cardiologique du Haut Lévêque Pessac ~ France

Insuffisance Mitrale : Synthèse

Questions +++

- L'IM est-elle volumineuse ?
- Quel est son retentissement ?
- Quel est son mécanisme ?

Insuffisance Mitrale Chronique

Diagnostic de gravité

➤ **Quantification de la fuite**

- Onde E mitrale > 1,5 m/s
- Rapport ITV/mitrale/aortique > 1,3
- Fraction de régurgitation > 50%
- Débit mitral > 10 l/mn
- Extension spatiale > 8 cm²
- Cartographie grade 3-4
- Reflux dans VP
- Diamètre du jet à l'origine > 6 mm
- Rayon de PISA > 7,5 mm (Va = 38 cm/s)
- Débit instantané du flux de convergence > 200 ml/s
- Volume régurgité > 55 - 60 ml
- Surface orifice régurgitant > 40 mm²
- HTAP

➤ **Retentissement sur le VG**

- Dilatation VG : DTD > 65 mm
DTS > 45 mm
- Fraction d'éjection < 60%

Diagnostic étiologique

- Dystrophique
- Rhumatismale
- Dégénérative (fibro-élastique)
- Ischémique
- Congénitale
- Myocardiopathie dilatée
- Myocardiopathie obstructive
- Calcification anneau mitral

➤ **Mécanisme**

- Type 1 - 2 - 3 Classification de Carpentier

Insuffisance Mitrale Aigue

Diagnostic de gravité

- **Quantification de la fuite**
- **Retentissement sur le VG en général peu important**

Diagnostic étiologique

- Endocardite

- Rupture de cordage
- Dégénérative (fibro-élastique)
- Rupture pilier (partielle ou exceptionnellement totale)
- Traumatique

➤ **Classification de Carpentier type 1 - 2 - 3**

Pièges échocardiographiques

- Sous évaluation IM en cas de bas débit
- Surestimation IM en cas de poussée hypertensive
- Quantification des IM télésystoliques
-

Rôle de ETO

- Bilan pré-opératoire (sévérité, mécanisme)
- ETO per-opératoire : plastie

Conduite à tenir

- IM chronique volumineuse
 - . Chirurgie d'autant plus précoce que plastie possible et sujet « jeune »
 - IM aiguë
 - . Chirurgie
-