



H. ELTCHANINOFF
Service de Cardiologie,
Hôpital Charles Nicolle, ROUEN.

Editorial

Le rétrécissement aortique (RA) est la valvulopathie de l'adulte la plus fréquente et son incidence ne fait que croître avec le vieillissement de la population. On peut estimer qu'en 2050 la population de patients de plus de 65 ans porteurs d'un rétrécissement aortique calcifié (RAC) sera multipliée par 2 dans les pays industrialisés. Il est donc apparu important de refaire le point sur cette pathologie du sujet âgé en abordant plus particulièrement l'aspect pronostique en fonction de la symptomatologie et les démarches permettant d'aboutir à une meilleure indication thérapeutique, toujours largement dominée par le remplacement valvulaire chirurgical.

Il est reconnu depuis longtemps que le pronostic du RAC serré est rapidement défavorable dès lors qu'apparaissent les symptômes. **B. Jung** nous rappelle l'histoire naturelle de la maladie en se basant sur des séries cliniques et sur des études échocardiographiques. La vitesse de progression du rétrécissement valvulaire a pu être établie ainsi que le pronostic de la maladie en l'absence de symptômes. L'évaluation de la vitesse maximale du flux aortique par Doppler continu et l'importance des calcifications valvulaires sont à cet égard cruciales. Il est maintenant possible d'établir de façon mieux adaptée le rapport risque/bénéfice du geste chirurgical, un élément déterminant pour le pronostic opératoire.

Quand opérer un RAC serré est en effet la question fondamentale. Comme le rappelle **C. Tribouilloy**, si l'indication est impérative dès lors qu'apparaissent les symptômes, il existe un certain nombre de situations où la décision thérapeutique reste difficile. C'est notamment le cas chez les patients asymptomatiques pour lesquels l'intérêt d'un test d'effort, notamment d'une échocardiographie d'effort, a été récemment souligné. C'est aussi le cas, et c'est la situation la plus difficile, lorsque le gradient transvalvulaire est bas, par exemple inférieur à 30 mmHg, alors qu'il existe une dysfonction ventriculaire gauche systolique importante. La question est alors de savoir s'il s'agit d'un RAC évolué avec répercussion ventriculaire sévère ou d'un RAC peu sévère avec cardiomyopathie associée. Dans la majorité des cas, cette discrimination peut être établie par échographie sous dobutamine. Lorsqu'il a pu être démontré que la valvulopathie est la cause de la dysfonction ventriculaire, l'échographie sous dobutamine permet également de déterminer la réserve contractile, un élément très important pour l'évaluation du pronostic opératoire.

J.L. Monin consacre son article à cet aspect diagnostique et thérapeutique difficile des sténoses valvulaires à bas débit cardiaque appelées "pseudo-sévères". Il expose l'intérêt de

l'échographie sous faible dose de dobutamine et les critères récents en faveur de la poursuite du traitement médical sous surveillance clinique et échographique, ainsi que les circonstances qui peuvent aboutir à une véritable contre-indication à la chirurgie cardiaque.

A l'heure actuelle, les cardiologues sont de plus en plus fréquemment confrontés à la situation de patients très âgés, avec dysfonction ventriculaire gauche et maladies associées venant s'ajouter à un RAC symptomatique et pour lesquels le caractère raisonnable du remplacement valvulaire chirurgical est discutable. Ces patients ont une mortalité opératoire beaucoup plus élevée et des suites difficiles, prolongées avec une lourde morbidité. Pour ces patients, le remplacement valvulaire aortique percutané, dont les résultats initiaux sont exposés par **C. Tron**, pourrait devenir une nouvelle solution thérapeutique optimale. Cette technique développée dans l'idée de surmonter les limitations de la simple valvuloplastie aortique au ballonnet offre déjà des résultats prometteurs. Les améliorations technologiques récentes ont permis d'obtenir des résultats particulièrement encourageants, et le suivi à plus de deux ans des premiers patients est très favorable. Les études multicentriques en cours en Europe et en Amérique du Nord permettront de mieux cerner dans un très proche avenir l'impact que pourrait avoir cet avancement technologique pour les nombreux patients à haut risque opératoire. ■

Réalités Cardiologiques... encore plus près de vous!

- Vous souhaitez recevoir **en avant-première** par e-mail les **sommaires** de *Réalités Cardiologiques* pour être sûr de ne pas "passer à côté" des articles qui vous intéressent.
- Vous souhaitez recevoir **en avant-première** la liste des grands articles internationaux qui seront analysés dans la **Revue de Presse** (plus de 25 articles analysés chaque mois) publiée sur le site Internet de *Réalités Cardiologiques*.
- Vous souhaitez savoir quelle sera l'étude analysée dans le prochain **Thérapeutique Cardiovasculaire** (routé avec *Réalités Cardiologiques*).

Bienvenue sur le site de *Réalités Cardiologiques*



Site optimisé pour un écran de 17 pouces réglé en 1024 x 768 pixels

N'hésitez pas. Rendez-vous sur le site internet de *Réalités Cardiologiques*:

www.performances-medicales.com

Cliquez sur le lien *Réalités Cardiologiques*. Vous êtes alors sur la page d'accueil de votre revue. Un lien "**Pour recevoir les sommaires de *Réalités Cardiologiques***" vous permet de nous adresser un mail pour vous abonner gratuitement à ce service.

Confidentialité

- *Réalités Cardiologiques s'engage à ne transmettre à aucun organisme votre adresse e-mail.*
- *Ce service peut être suspendu à tout moment sur simple demande.*