

## Le dossier – Valvulopathies asymptomatiques

### Éditorial

**P**rimum non nocere a longtemps été accepté comme un dogme devant s'imposer à tout soignant et dicter sa conduite diagnostique et thérapeutique. Il est pourtant en apparente contradiction avec le choix de proposer à des patients asymptomatiques – qui par définition ne se plaignent de rien – une prise en charge dont les risques de morbidité et mortalité restent présents même s'ils sont en constante diminution.



**J.-F. OBADIA**

Service de Chirurgie cardiovasculaire et Transplantation cardiaque, Hôpital Louis Pradel, LYON.

La difficulté de ces situations est néanmoins à relativiser car, chez ces patients porteurs d'une valvulopathie sévère, la question n'est pas tant de décider ou non de réaliser un acte thérapeutique mais surtout de savoir quand le proposer : tôt ou tard une valvulopathie sévère devra être corrigée. Chez ces patients, l'enjeu est donc essentiellement l'évaluation du risque d'un éventuel délai avant une prise en charge inéluctable.

Cette discussion est particulièrement d'actualité avec la prise en charge des valvulopathies par des techniques "moins invasives", vécues comme moins risquées. Cela concerne moins les techniques percutanées non évaluées chez les patients asymptomatiques que les techniques chirurgicales réparatrices qui autorisent un confort de vie excellent, en particulier sans anticoagulants. Ces dernières restent néanmoins très opérateur-dépendantes, ce qui conditionne le choix de l'équipe chirurgicale.

Dans ce dossier thématique, plusieurs experts incontestés nous aident à mieux définir notre sujet et à comprendre comment prendre en charge les 3 principales valvulopathies rencontrées par les cardiologues au quotidien.

**Bernard Iung** nous rappelle combien la définition du patient asymptomatique peut être délicate, en particulier chez le sujet âgé, d'où l'importance de prendre en compte le mode de vie du patient et ses comorbidités. Le recours aux tests d'effort est alors un outil précieux.

**Jean-Luc Monin** nous rappelle que le bénéfice clinique d'un remplacement valvulaire précoce n'est toujours pas scientifiquement démontré. Le risque de mort subite et le développement de fibrose myocardique poussent néanmoins à discuter au cas par cas le rapport bénéfice/risque dans un centre médico-chirurgical expert en maladies valvulaires. Le TAVI pourra possiblement être discuté dans un avenir proche si les études actuellement en cours reviennent positives.

**Guy Durand de Gevigney** nous dit que l'insuffisance aortique (IA) peut rester très longtemps asymptomatique sans risque majeur et que c'est sans doute la valvulopathie pour laquelle il faut le moins se presser lorsqu'elle est isolée. La prise en charge

## ■ Le dossier – Valvulopathies asymptomatiques

des dilatations de l'aorte est bien encadrée par les recommandations. Les TAVI ont peu de place compte tenu de l'absence de support d'ancrage. En revanche, la chirurgie conservatrice, bien que relativement récente, donne des résultats encourageants entre des mains très expertes avec une exigence sur le choix de l'équipe chirurgicale encore plus prégnante que pour la mitrale.

**Christophe Tribouilloy** décrit la régurgitation mitrale primitive comme la valvulopathie que l'on aura le plus tendance à opérer tôt, parfois même chez des patients strictement asymptomatiques, en rythme sinusal, avec fraction d'éjection préservée et à ventricule gauche peu dilaté, quand le risque opératoire est faible. Chez ces patients, une prise en charge dans un centre expert garantira la réalisation d'une plastie mitrale.

**Daniel Grinberg** décrit, chez le patient asymptomatique, la préférence pour les gestes conservateurs offrant le plus souvent une espérance et une qualité de vie semblables à celles de la population générale. Il ne faut pas seulement référer ces patients à une équipe chirurgicale spécialisée, notion connue de longue date, mais à une équipe "médico-chirurgicale valvulaire" complète. En effet, les résultats de la chirurgie sont de plus en plus dépendants d'un environnement spécifique, ne serait-ce que la nécessité d'une imagerie anatomo-fonctionnelle précise.

En conclusion, les choix thérapeutiques lors de la prise en charge d'un valvulaire asymptomatique reposent essentiellement sur 2 éléments :

- une évaluation individuelle du rapport bénéfice/risque par une équipe pluridisciplinaire "cardiopathie valvulaire" ;
- l'information éclairée du patient, incluant la communication de la part d'incertitude du choix proposé.

Des études prospectives en cours devraient nous aider à être plus précis dans nos indications à l'avenir.