

Le dossier – L'oreillette gauche dans les valvulopathies

Éditorial

On sait depuis de nombreuses années que l'oreillette gauche ne se résume pas à une simple zone de transit sanguin entre les veines pulmonaires et le ventricule gauche, mais qu'elle participe activement à l'hémodynamique et à la physiologie cardiaque. En prise directe avec la valve mitrale, elle forme avec celle-ci un couple fonctionnel et structurel indissociable. Le regain d'intérêt suscité par l'oreillette gauche au cours de la dernière décennie a trois explications principales.

>>> Premièrement, les progrès de l'analyse morphologique et fonctionnelle de l'oreillette gauche grâce principalement à l'échographie bi- et tridimensionnelle, mais aussi aux autres techniques d'imagerie (scanner, IRM). Ces progrès ont permis d'analyser plus précisément les réponses adaptatives atriales gauches aux valvulopathies mitrales, au cours de leur évolution naturelle et après d'éventuelles interventions thérapeutiques. De simples indices diagnostiques sur la sévérité des valvulopathies, les modifications géométriques et fonctionnelles atriales gauches sont devenues des paramètres pronostiques fiables susceptibles de guider la prise en charge thérapeutique des patients. Comme mentionné dans les dernières recommandations européennes sur la prise en charge des valvulopathies, une dilatation sévère de l'oreillette gauche peut même constituer en soi une indication opératoire dans l'insuffisance mitrale primaire asymptomatique. Mais le couple atrio-mitral ne fonctionne probablement pas à sens unique. L'oreillette gauche ne fait pas que s'adapter à la sténose ou à la fuite mitrale. Il semble que l'inverse puisse survenir, c'est-à-dire qu'une dilatation première de l'oreillette gauche puisse générer une fuite mitrale ("insuffisance mitrale atriale"). Celle-ci ne peut être assimilée à une fuite mitrale secondaire classique, liée à une dysfonction ventriculaire gauche, et les réponses thérapeutiques préventives et curatives à apporter sont différentes et constituent un nouveau champ d'investigation.

>>> Deuxièmement, le développement des interventions percutanées sur la valve mitrale par voie transseptale. Cette dernière a progressivement pris le pas sur la voie transapicale, beaucoup plus invasive et associée à une plus forte morbi-mortalité. La voie transseptale implique donc l'abord de la valve mitrale *via* l'oreillette gauche, ce qui suppose une parfaite connaissance de l'anatomie atriale pour chaque cas particulier. Que ce soit pour les interventions de réparation (réparation mitrale bord à bord par le MitraClip) ou d'implantation valvulaire mitrale (par prothèses percutanées de TAVI en pratique courante, ou par valves dédiées dans le domaine de l'investigation), la précision de l'abord et de l'orientation des cathéters vers la valve mitrale conditionne leur succès. L'analyse minutieuse de l'anatomie de l'oreillette gauche par échographie transthoracique, transœsophagienne et dans certains cas par scanner injecté multiphase est donc une étape indispensable à toute intervention par cathéter



D. HIMBERT
Département de Cardiologie,
CHU Bichat-Claude Bernard, PARIS.

■ Le dossier – L'oreillette gauche dans les valvulopathies

sur la valve mitrale. La détermination du site de ponction transseptale, les types de matériels utilisés et l'anticipation d'éventuelles difficultés techniques sont identifiés grâce à cette analyse.

>>> Troisièmement, l'identification de l'oreillette gauche comme cible thérapeutique chez certains valvulaires. Ce dossier n'abordera pas le vaste sujet de l'ablation de la fibrillation atriale, mais celui de la prévention des accidents vasculaires cérébraux par l'exclusion percutanée ou chirurgicale de l'auricule gauche. Bien que les indications actuelles de la fermeture percutanée de l'auricule gauche soient réservées aux patients ayant une fibrillation atriale dite "non valvulaire", certains patients porteurs de valvulopathies sont susceptibles de bénéficier de cette intervention et les termes de fibrillation atriale valvulaire et non valvulaire devraient être abandonnés. Par ailleurs, les données de la récente étude LAAOS III rebattent les cartes et offrent de nouvelles perspectives de recherche susceptibles de modifier les pratiques à l'avenir et d'élargir les indications des interventions d'exclusion de l'auricule gauche.

Les pages suivantes passent en revue ces trois thèmes. **John Kikoïne** aborde le sujet de la place de l'oreillette gauche dans le diagnostic et les indications chirurgicales des valvulopathies, **Éric Brochet** celui de l'évaluation échographique de l'oreillette gauche avant une intervention mitrale par voie transseptale et **Grégory Ducrocq** la place de la fermeture de l'auricule gauche chez le patient valvulaire.