

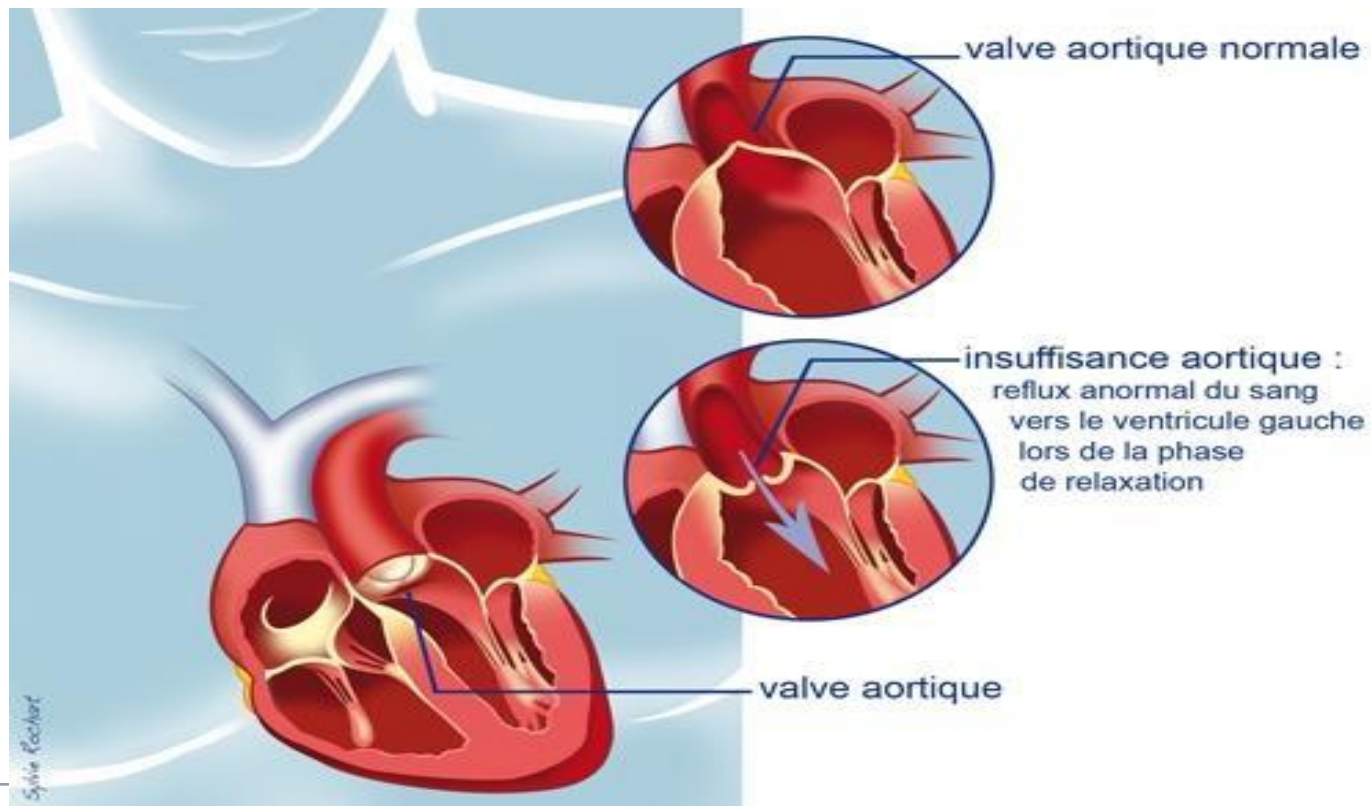


# **INSUFFISANCE AORTIQUE**

**DR HAFIDI ILIES**

## DÉFINITION

- ❑ Reflux du sang de l'aorte dans le VG pendant la diastole du fait d'une mauvaise étanchéité sigmoïdienne.



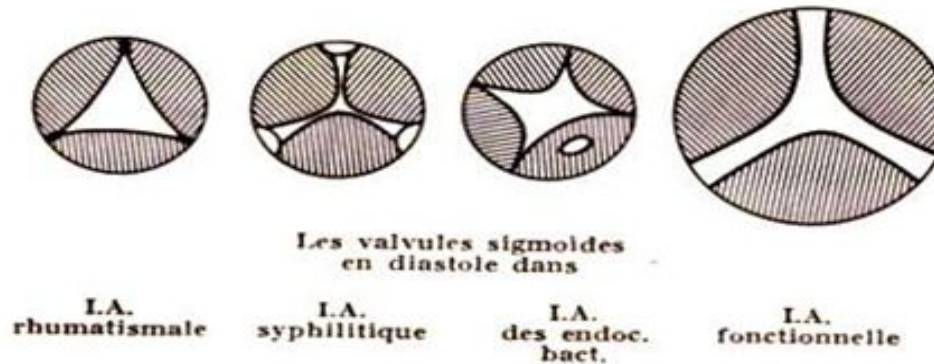
# ETIOLOGIES

- ❑ RAA
- ❑ Dystrophie de l'aorte ascendante
- ❑ Congénitale (Bicuspidie, Laubry Pezzi....)
- ❑ Connectivites (SPA, Lups, PR....)

**Chroniques**

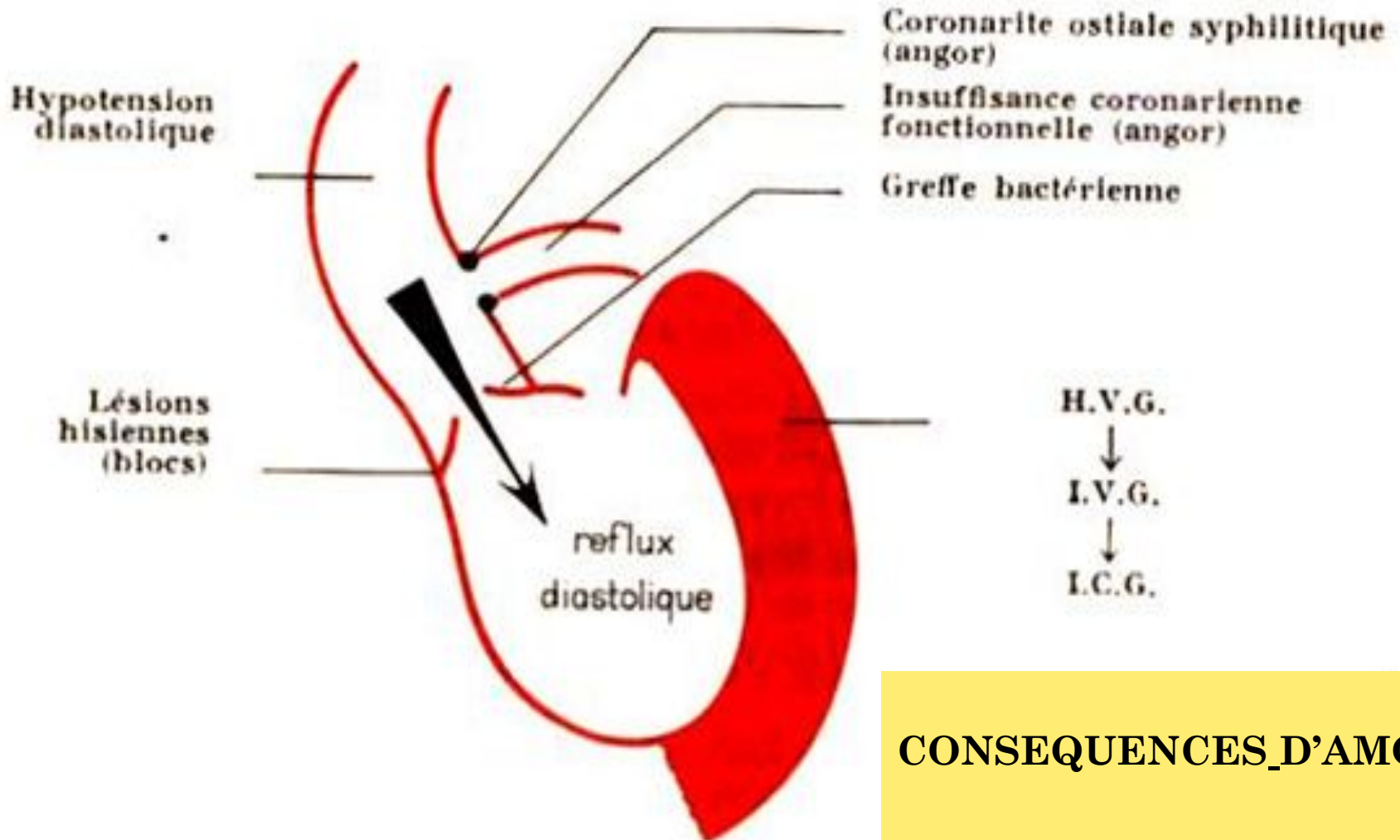
- ❑ EI
- ❑ Dissection de l'aorte
- ❑ Traumatique

**Aigues**



# PHYSIOPATHOLOGIE

## CONSEQUENCES\_EN\_AVAL



## CONSEQUENCES\_D'AMONT

- ▣ **Se souvenir que le volume de la fuite peut varier *en fonction* :**
  - *du diamètre de l'orifice*
  - *de la PAD Aortique*
  - *de la durée de la diastole*
  
- ▣ **Tolérance variable selon caractère aigu ou chron**



## SIGNES CLINIQUES

### □ SIGNES FONCTIONNELS:

IAo chronique

Souvent bien tolérée

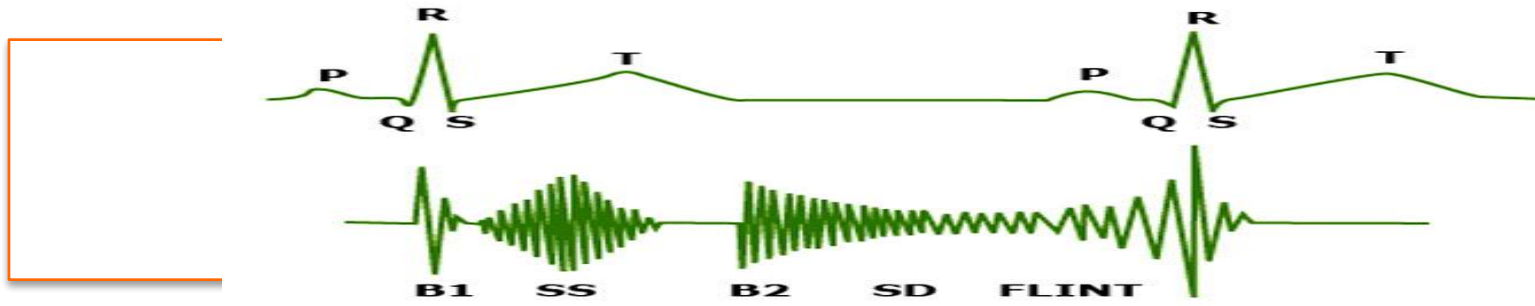
ou Dyspnée d'effort

Angor

Palpitations, lipothymie

IAo aigue : IVG, Angor





## ❑ SIGNES PHYSIQUES:

❑ Palpation: Choc en Dôme de Bard

❑ Auscultation: Souffle diastolique

Importance de la fuite: Bruits

SS d'accompagnement

RD: Foster

Austin-Flint

❑ Signes périphériques:

Différentielle tensionnelle élargie

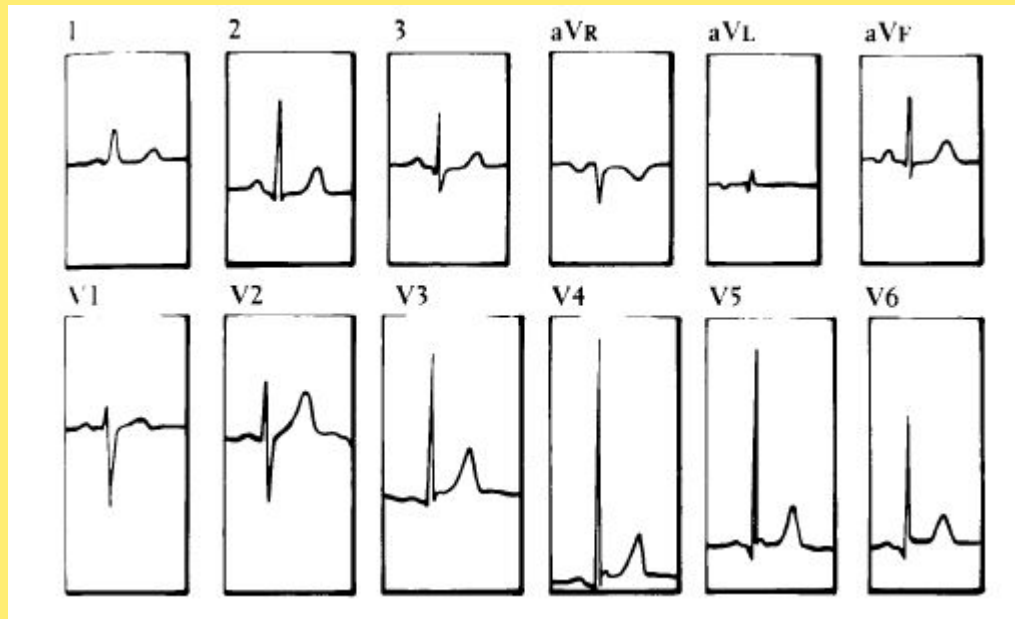
Hyperpulsatilité artérielle

Pouls de Corrigan, Signe de Musset, Hyppus pupillaire de Landolfi, Pouls capillaire de Quincke

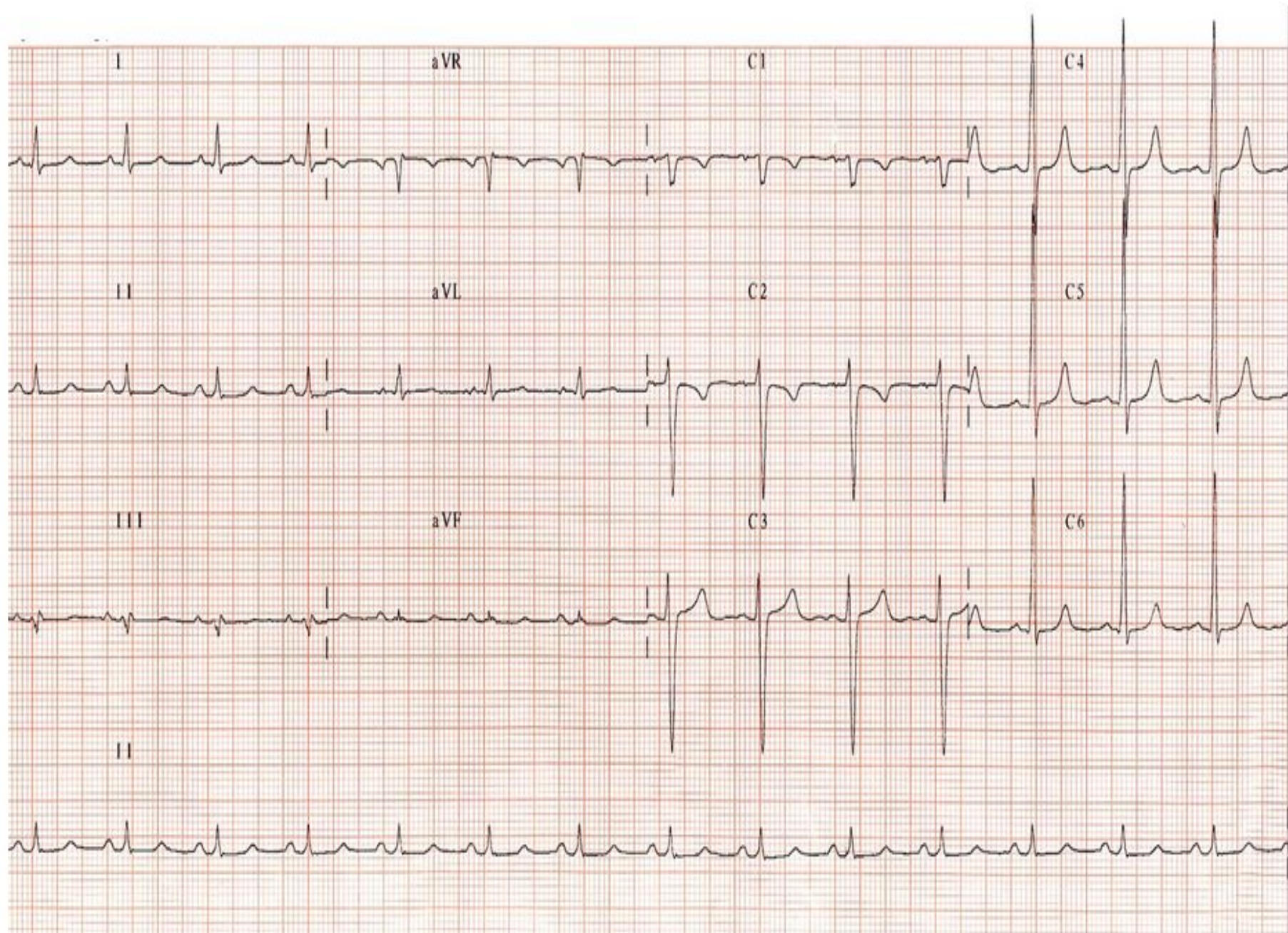
Auscultation artérielle: Double ton de Traube, Double souffle crural de Duroziez

# ECG

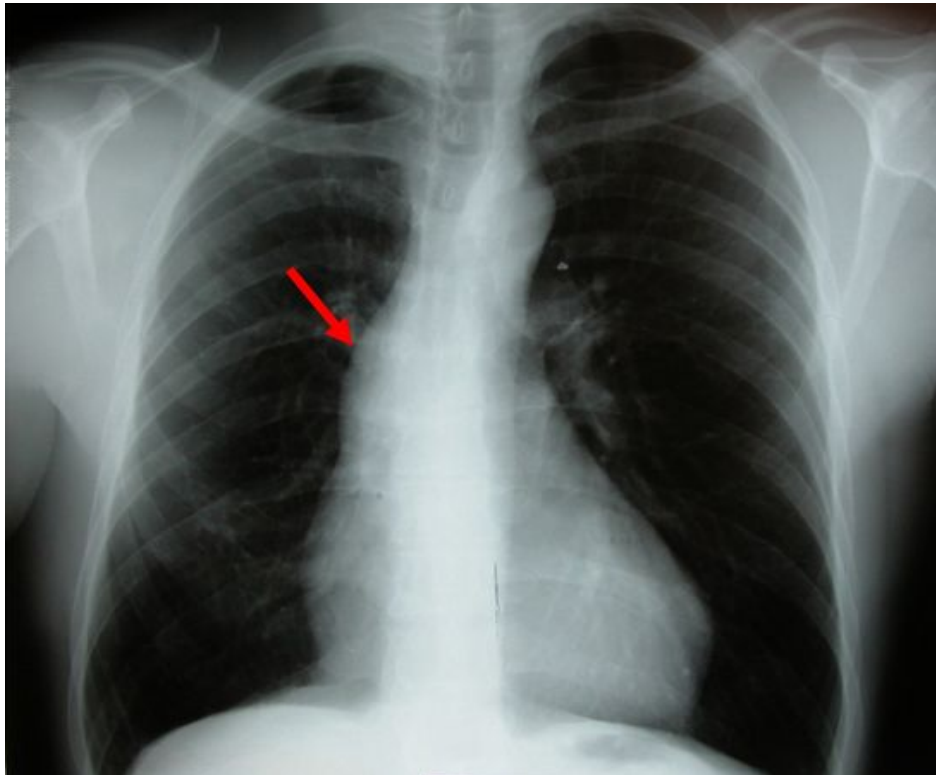
- Iao importantes:HVG type diastolique
- BAV, 1<sup>er</sup>BIG.....







# RADIOGRAPHIE

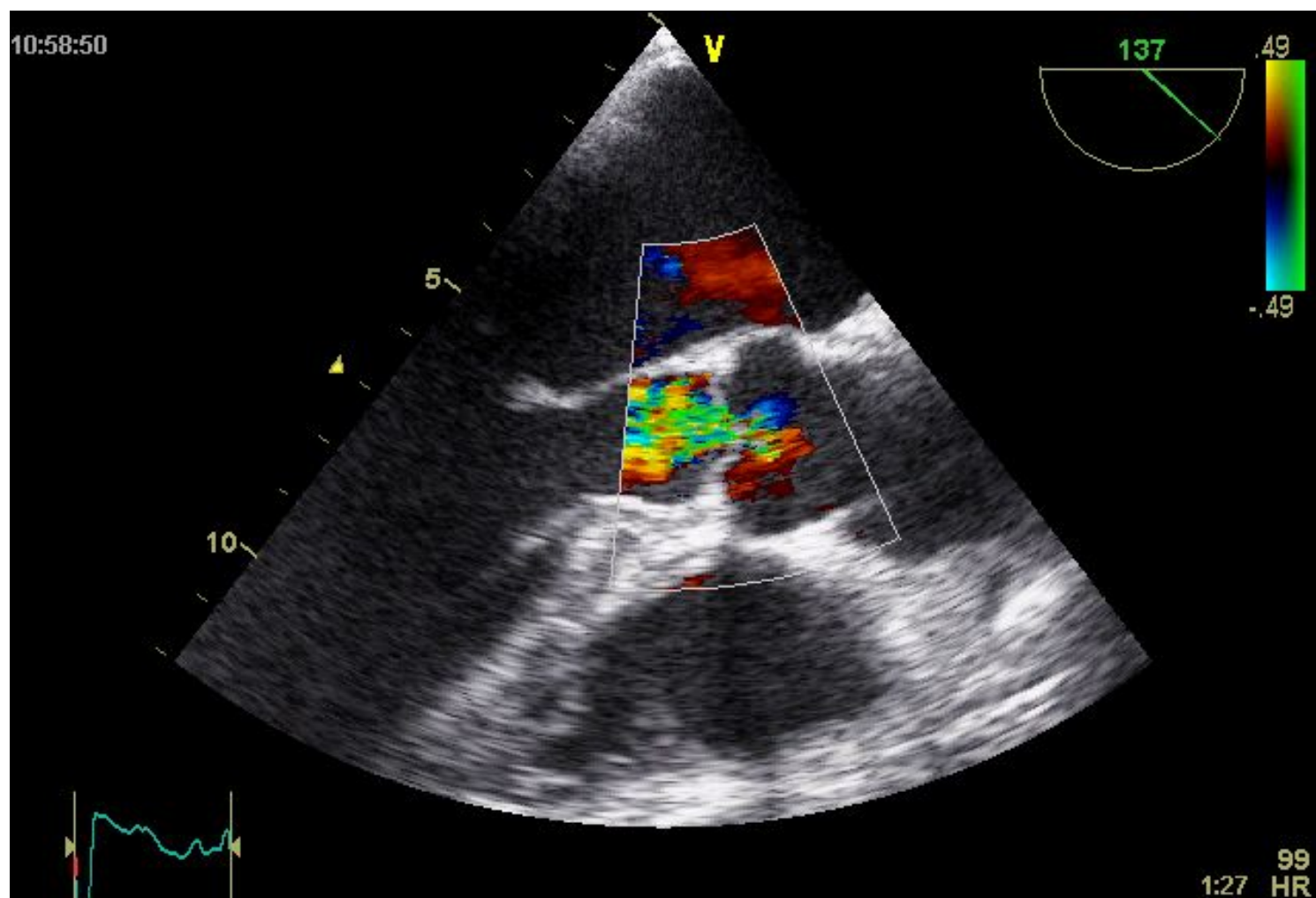


# ECHOCARDIO-DOPPLER

- ▣ **Diagnostic positif**
- ▣ **Diagnostic de sévérité : Doppler +++**
- ▣ **Retentissement VG ( FE, P° pulm**
- ▣ **Diagnostic etiologique**







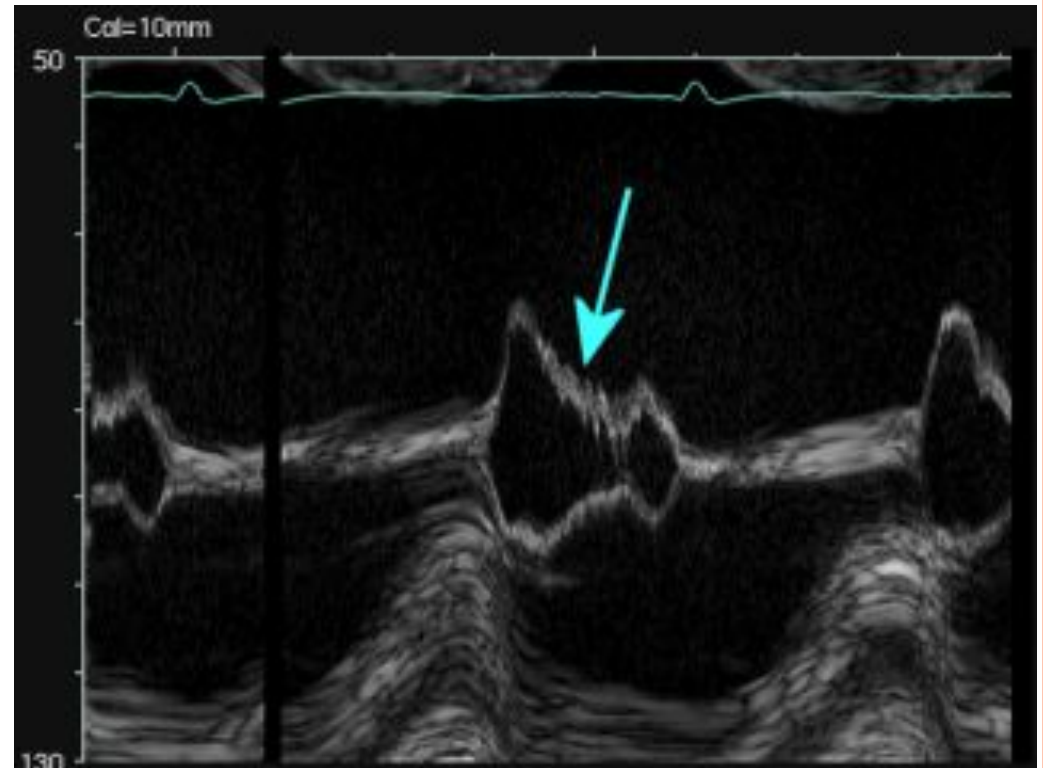
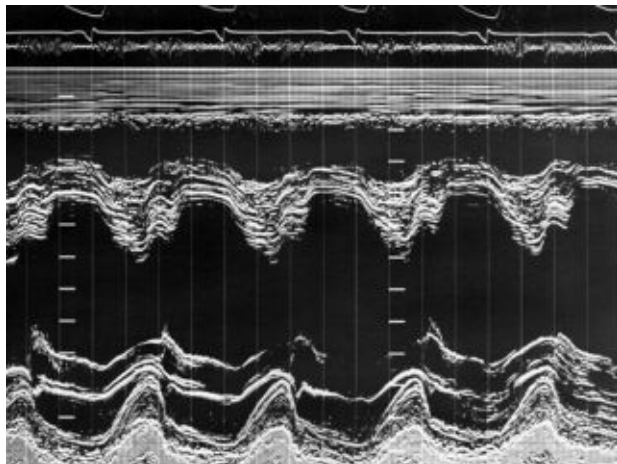
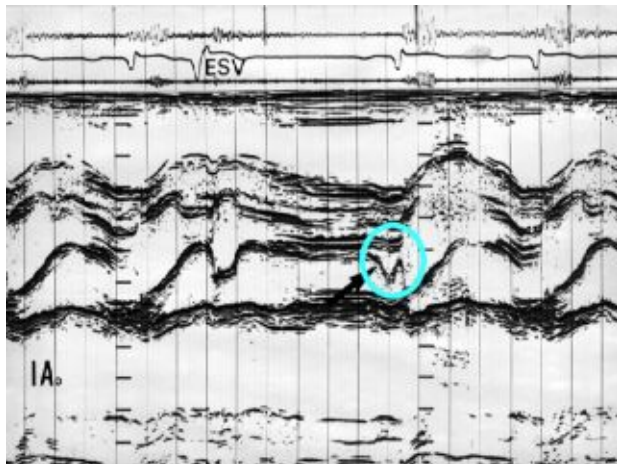
# ECHOCARDIOGRAPHIE-DOPPLER DIC +

Signes Indirects :

*Surcharge volumétrique VG : sphérique*

*Hyperkinésie VG*

*TM : Fluttering mitral*



## *DIAGNOSTIC POSITIF*

**Signes Directs :**

*Diastasis*

*Prolapsus*

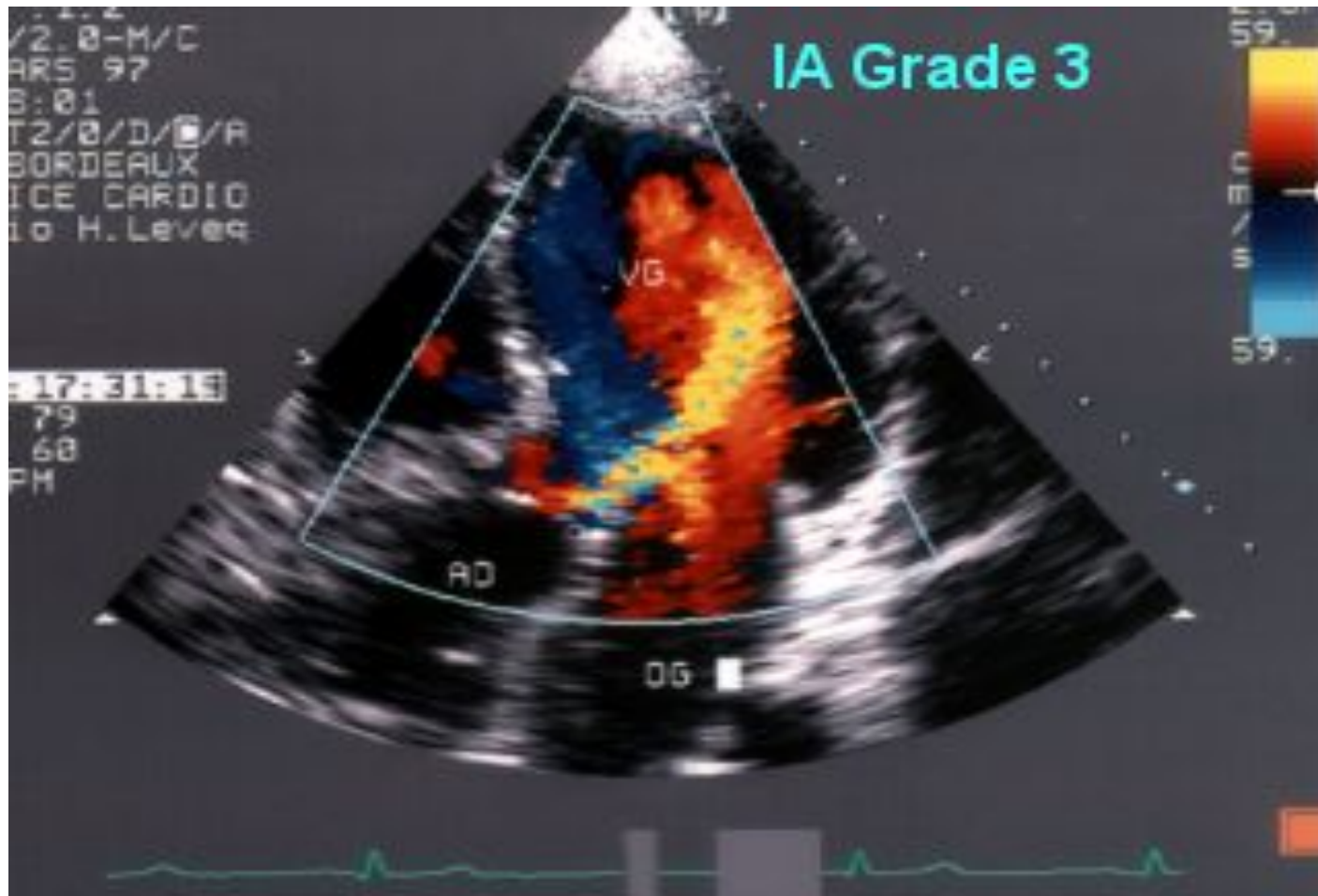


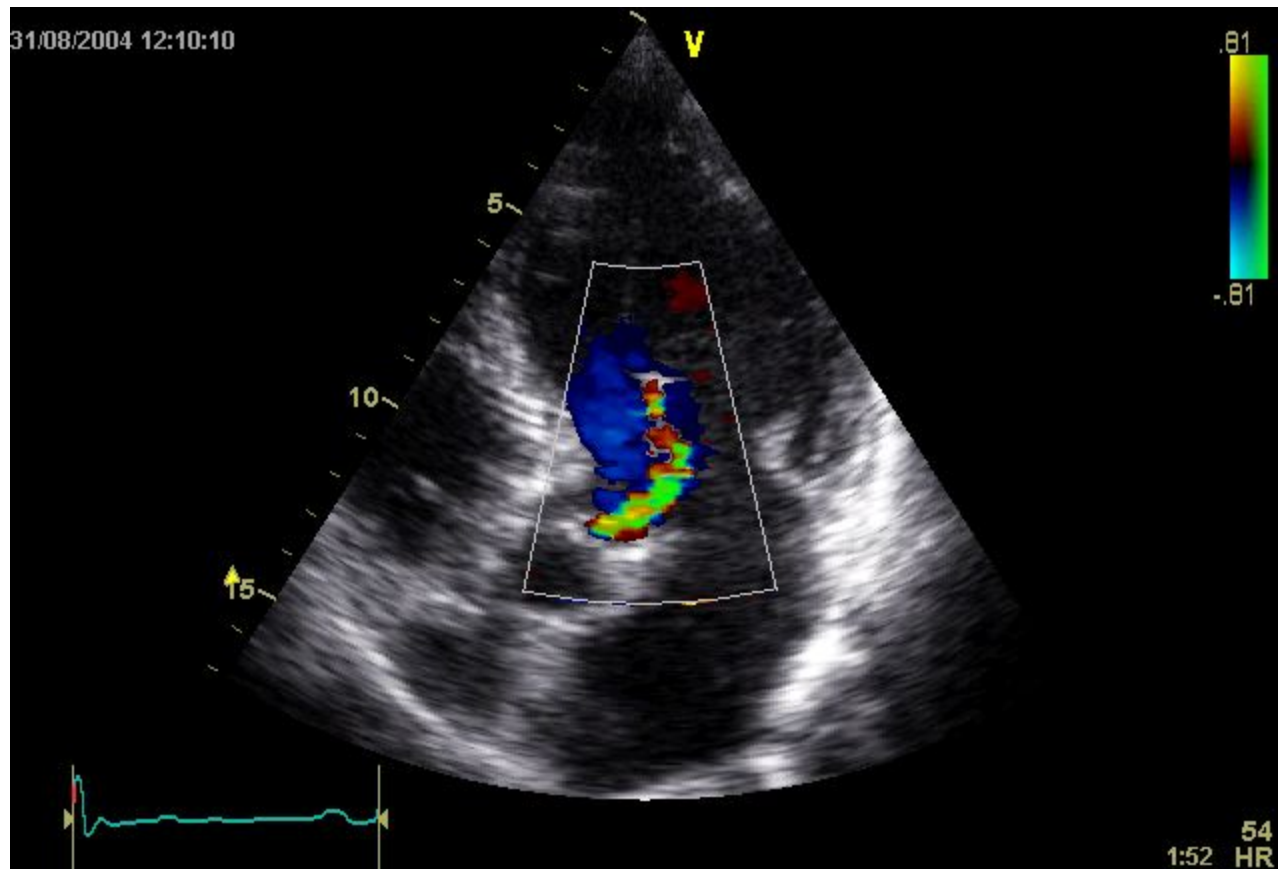
## DIAGNOSTIC + DOPPLER COULEUR

REFLUX DIASTOLIQUE Ao => VG :

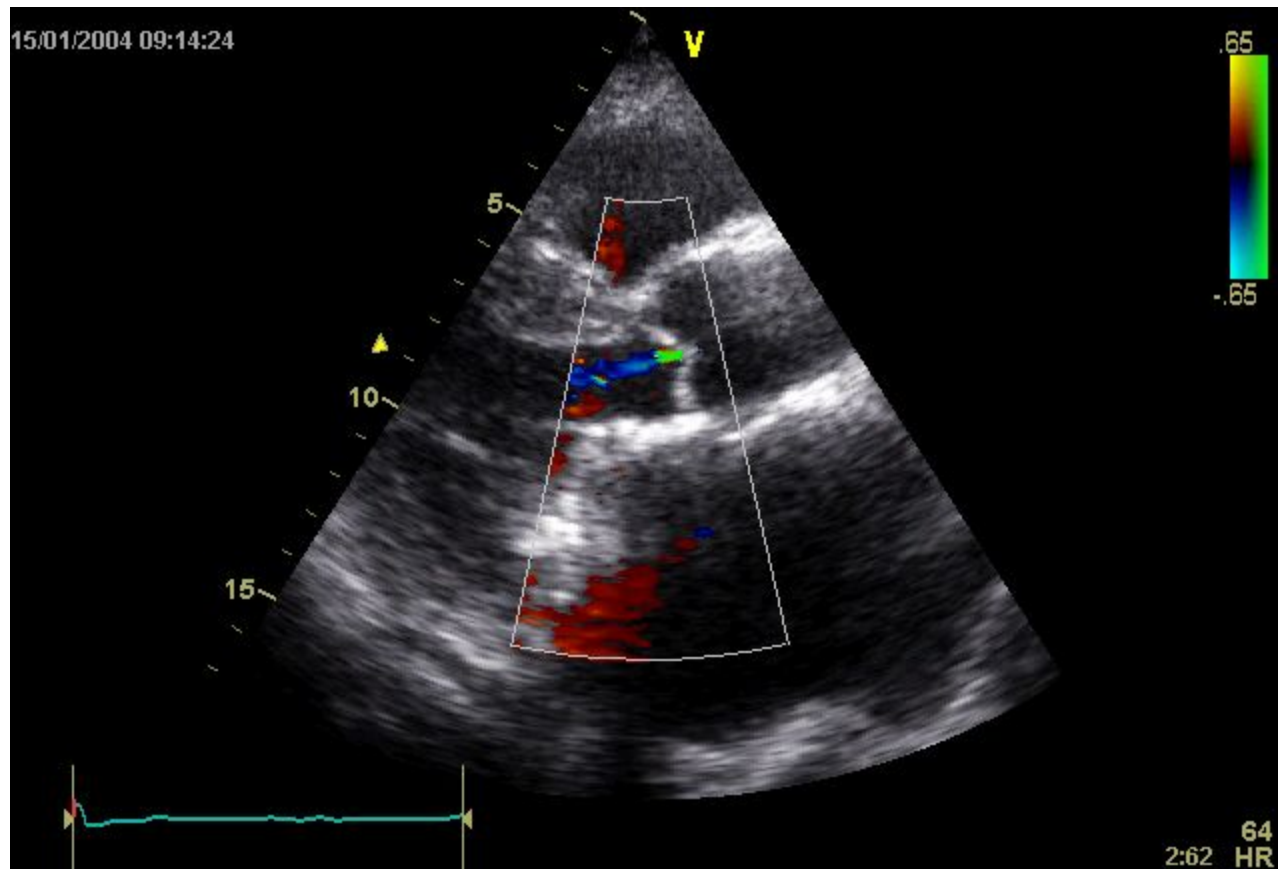
MOSAÏQUE COULEUR

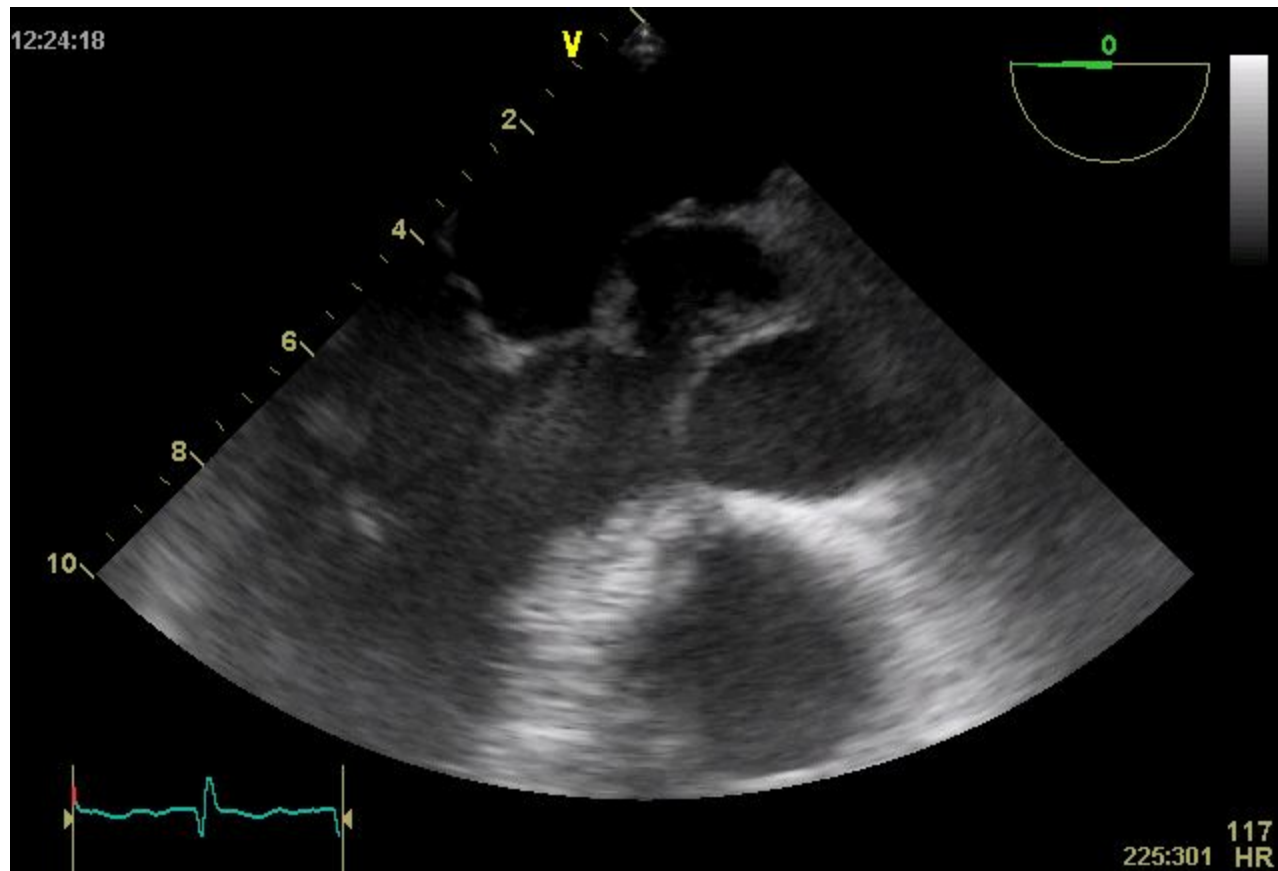
JET SE DISPERSANT DANS VG





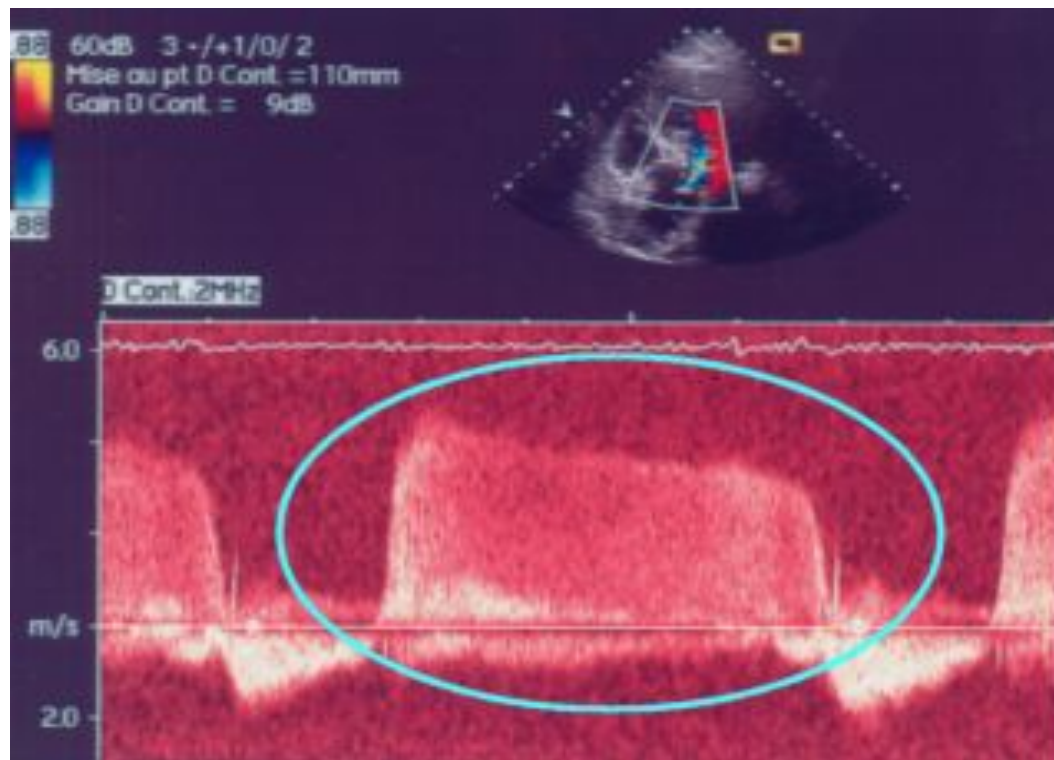






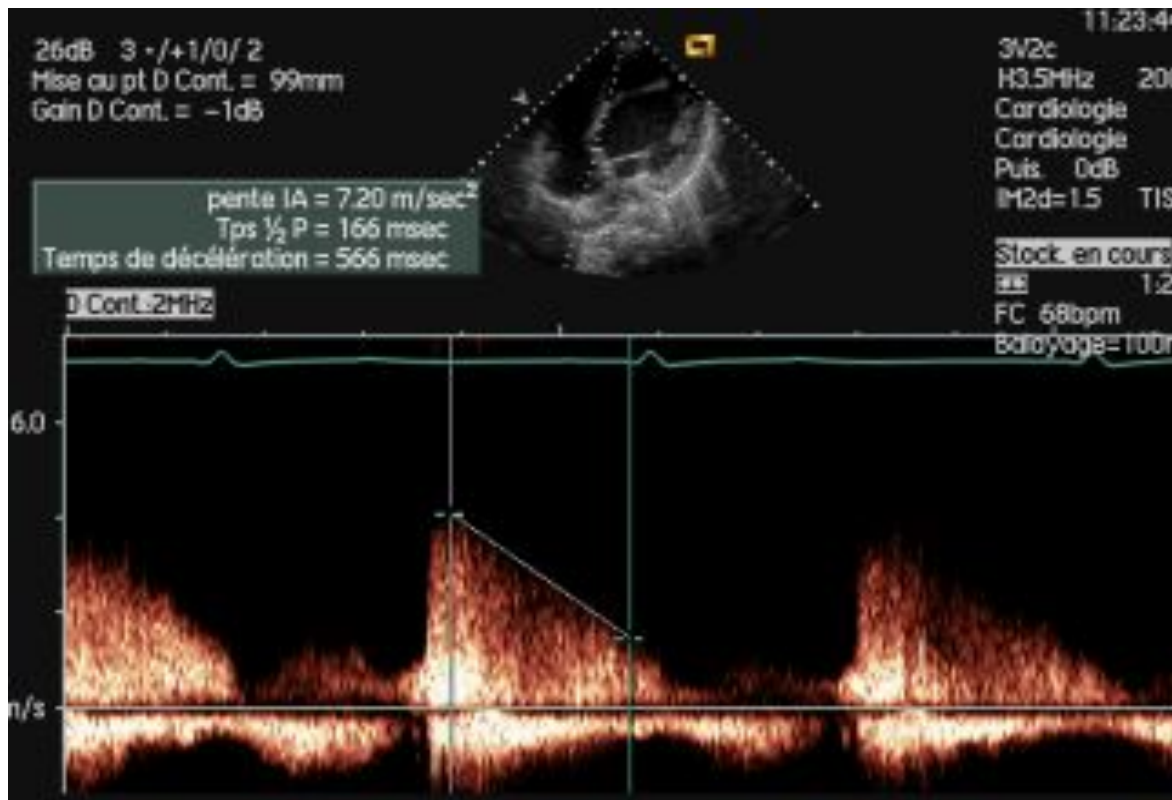
## *DIAGNOSTIC + DOPPLER CONTINU*

REFLUX DIASTOLIQUE, POSITIF, DE HAUTE  
VÉLOCITÉ (4 m/s),  
TRAPÉZOÏDAL, DE DURÉE PROLONGÉE.



# DIAGNOSTIC DE GRAVITE

**IAO SEVERE      PHT < 300 ms**

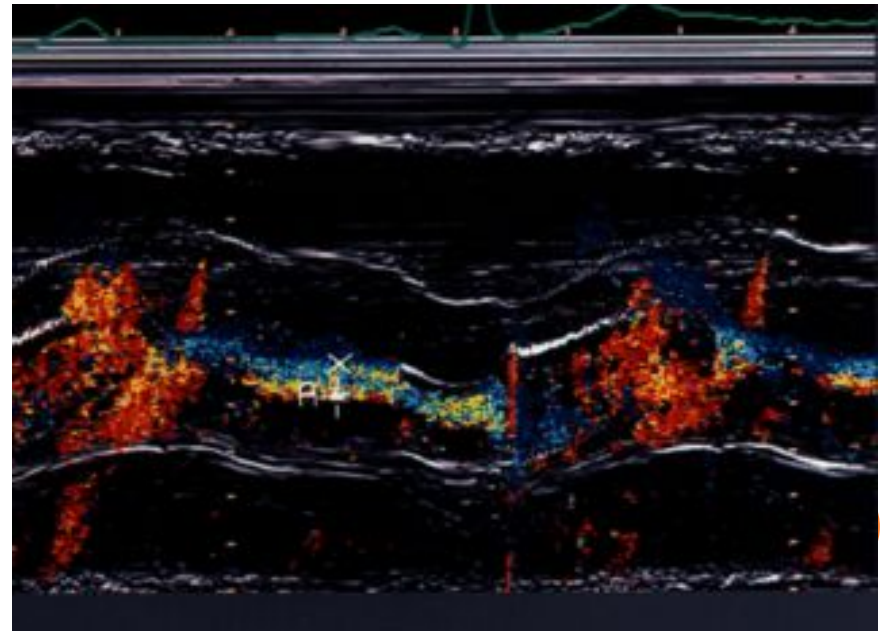
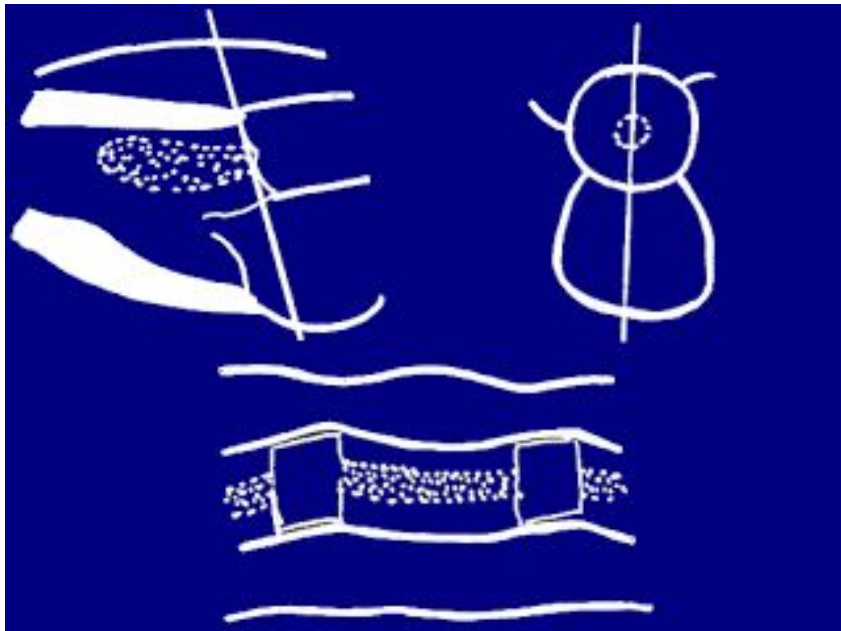


# DIAGNOSTIC DE GRAVITE DIAMETRE DU JET A L'ORIGINE EN TM Couleur

TM AU RAS DES SIGMOÏDES AORTIQUES

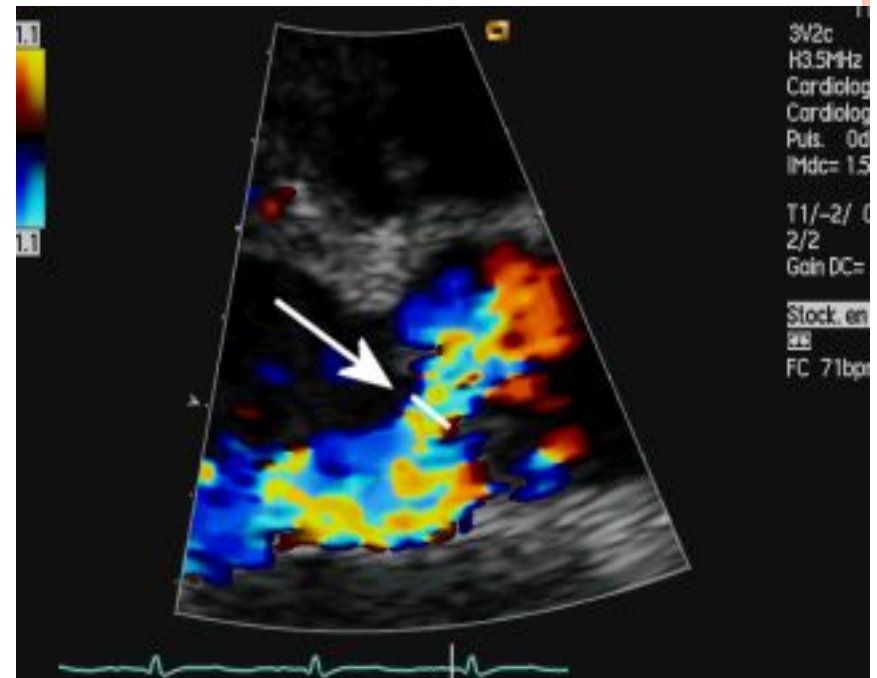
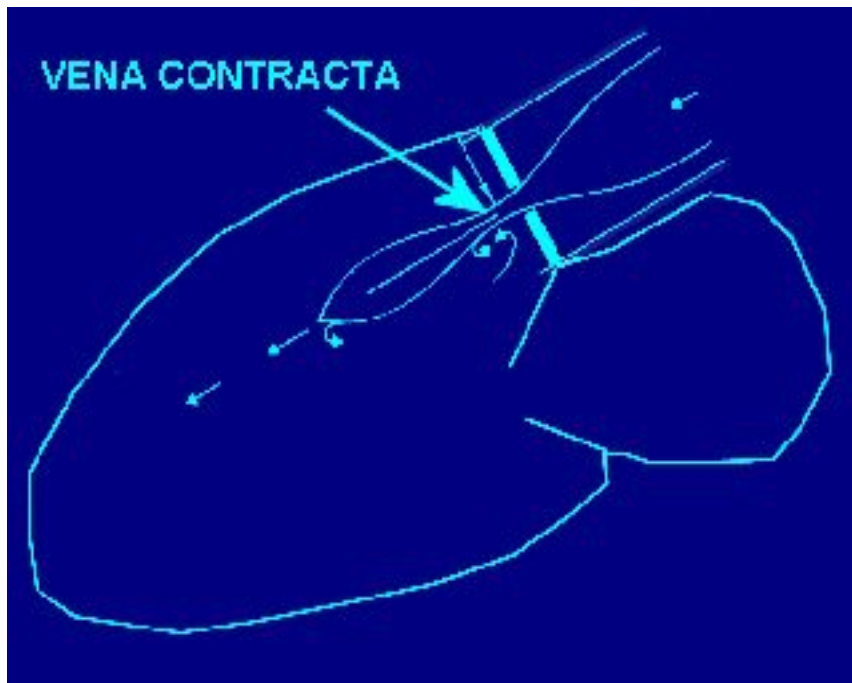
MESURE DIAMÈTRE JET EN DIASTOLE

IA sévère si diam  $> 12$  mm



## DIAGNOSTIC DE GRAVITE

DOPPLER : DIAMÈTRE DU JET À L'ORIGINE AU  
NIVEAU DE LA VENA CONTRACTA  
IA SÉVÈRE SI DIAM VC > 6 MM

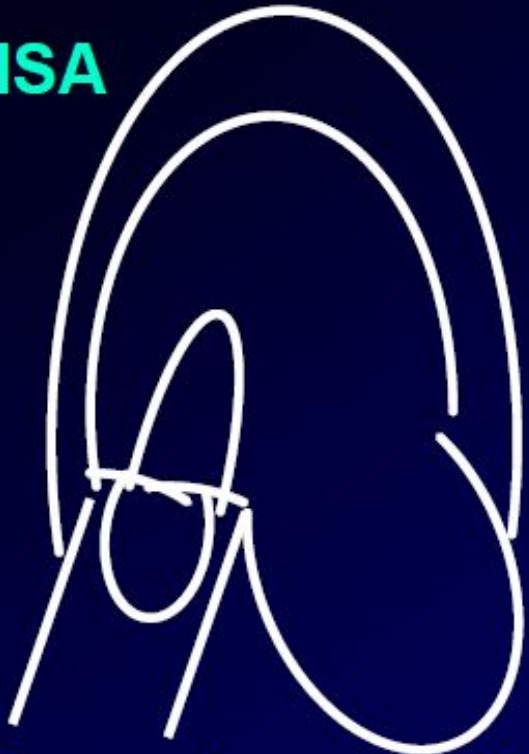




IA SÉVÈRE SI  $SOR > 38 \text{ mm}^2$

## Insuffisance Aortique - *Diagnostic de gravité*

**PISA**



=



**SOR**

**x**



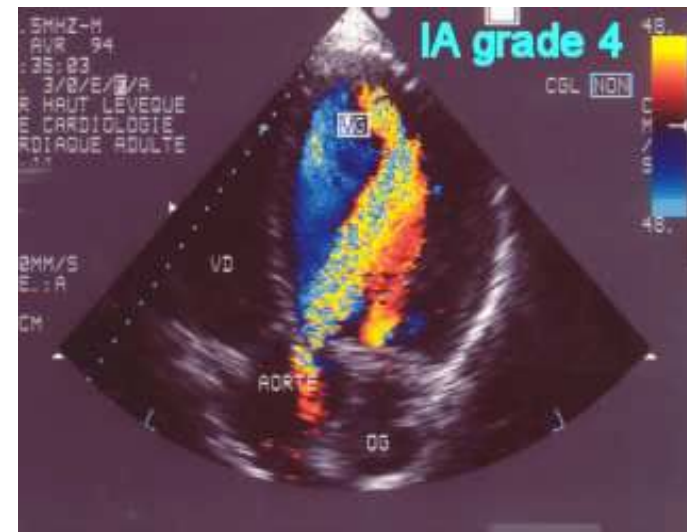
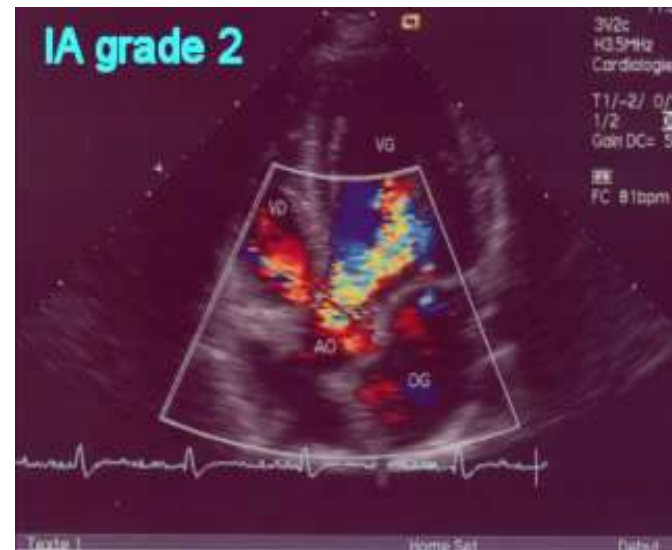
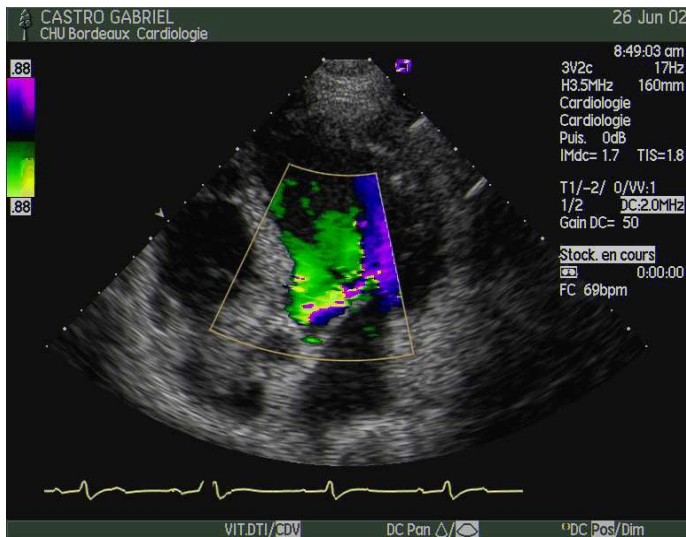
**Vmax**

**volume régurgitant instantané**

*Tribouilloy, JACC 1998.32/1032-9.*

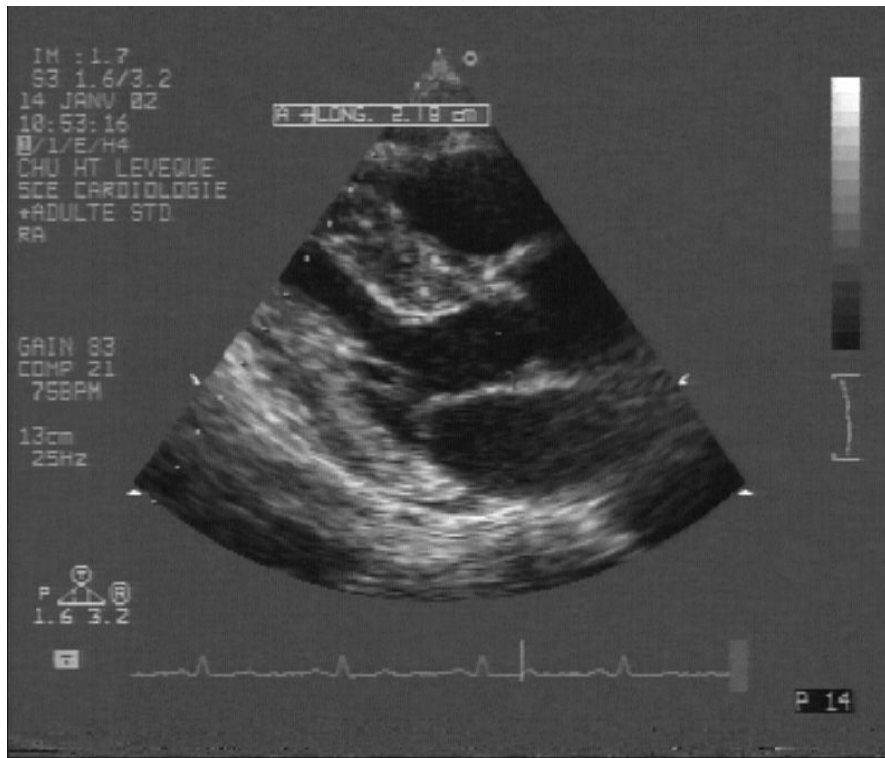
# DIAGNOSTIC DE GRAVITE

## DOPPLER: CARTOGRAPHIE DU JET : (GRADE 1-2-3-4)





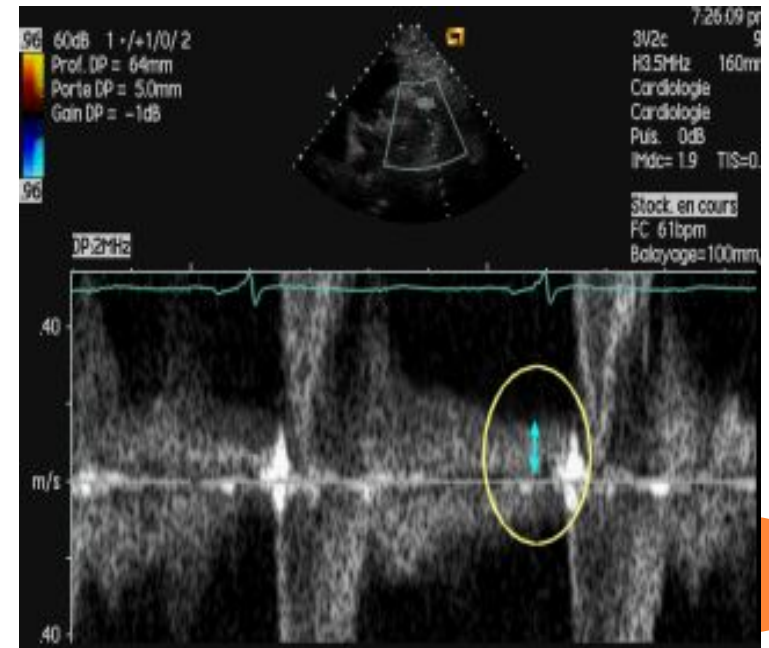
SI Q AORTIQUE > 10 L / MN => IA GRADE 3-4



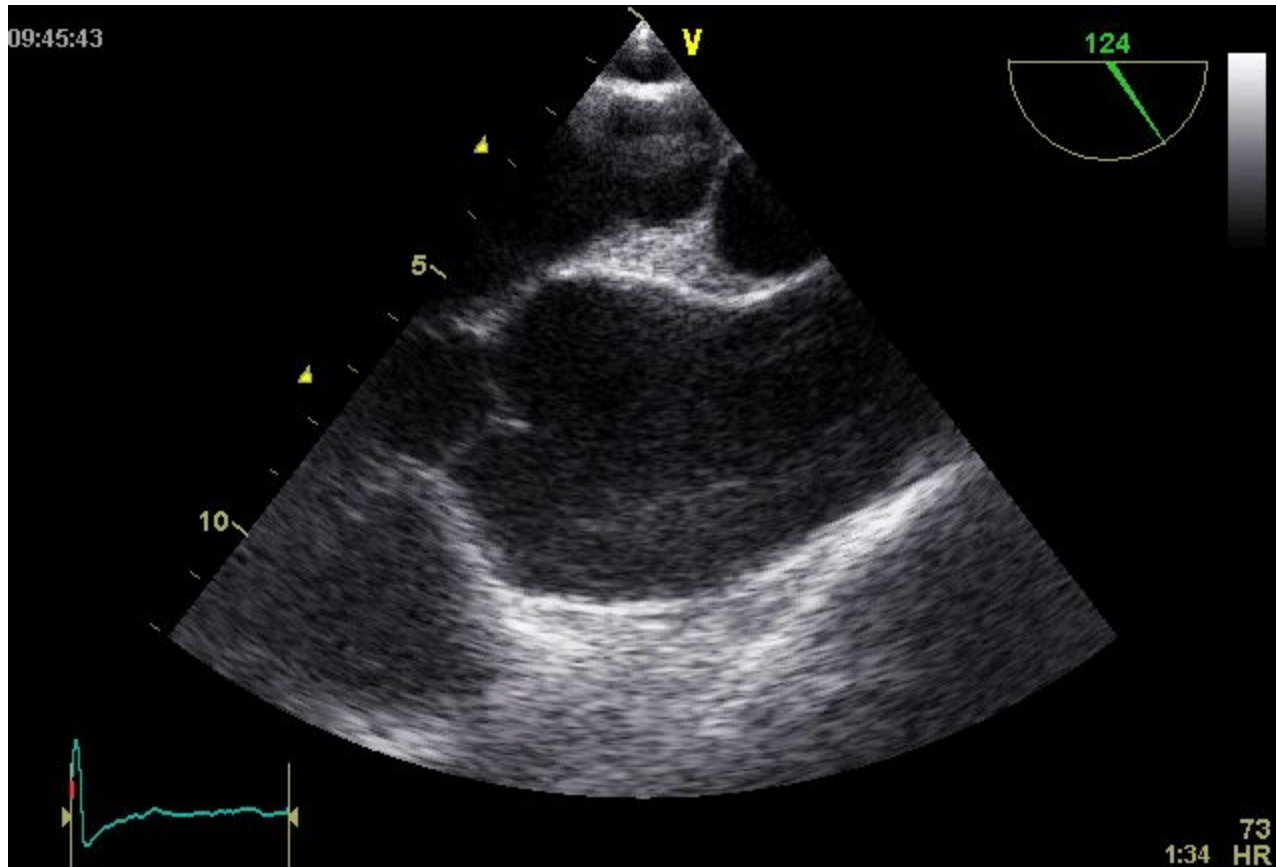
# VITESSE TÉLÉDIASTOLIQUE ISTHME Ao

## INCIDENCE SUPRASTERNALE, DOPPLER PULSÉ

### FENÊTRE ÉCHANTILLONNAGE EN AVAL SOUS-CLAV GAUCHE

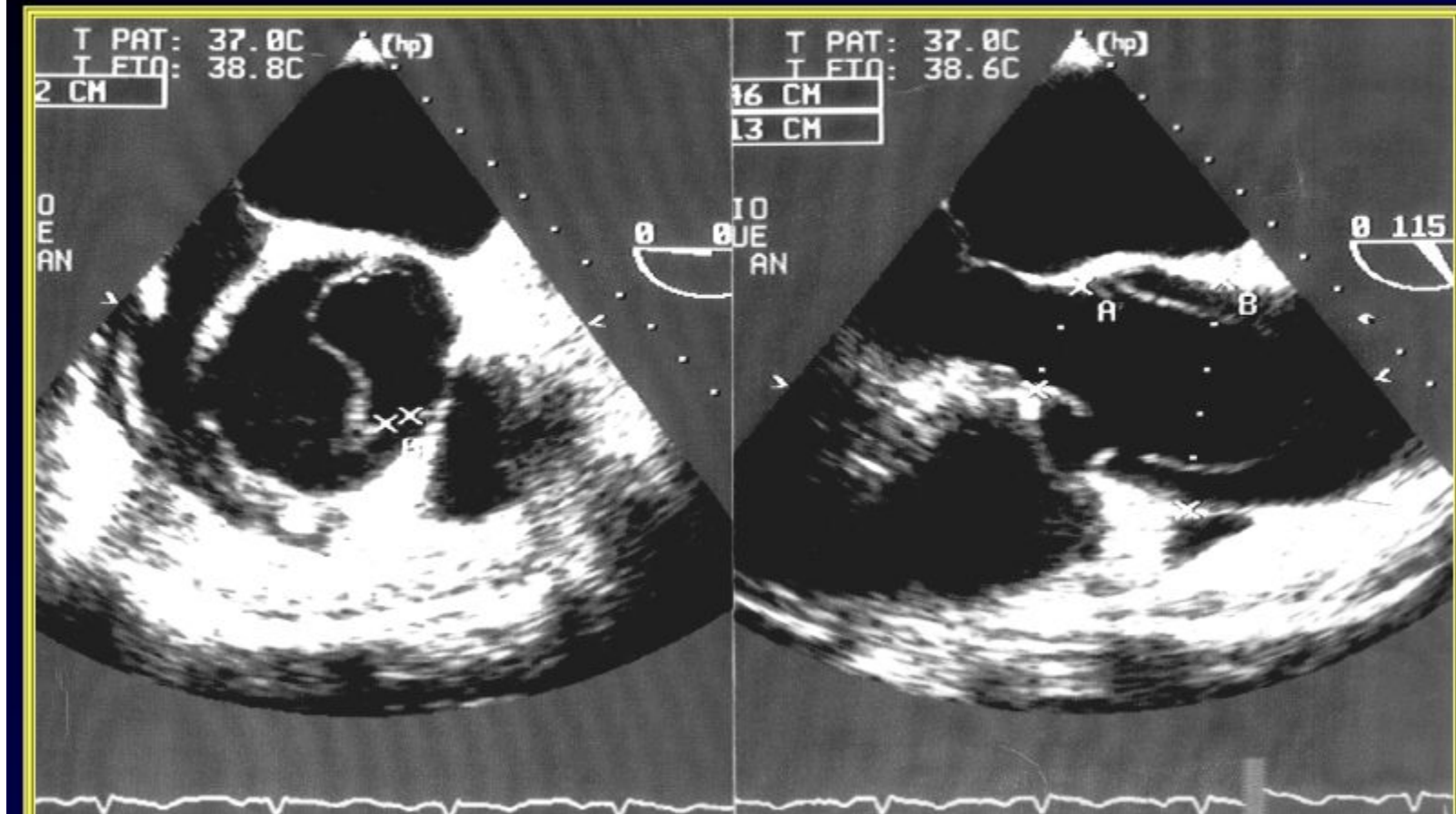


# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE



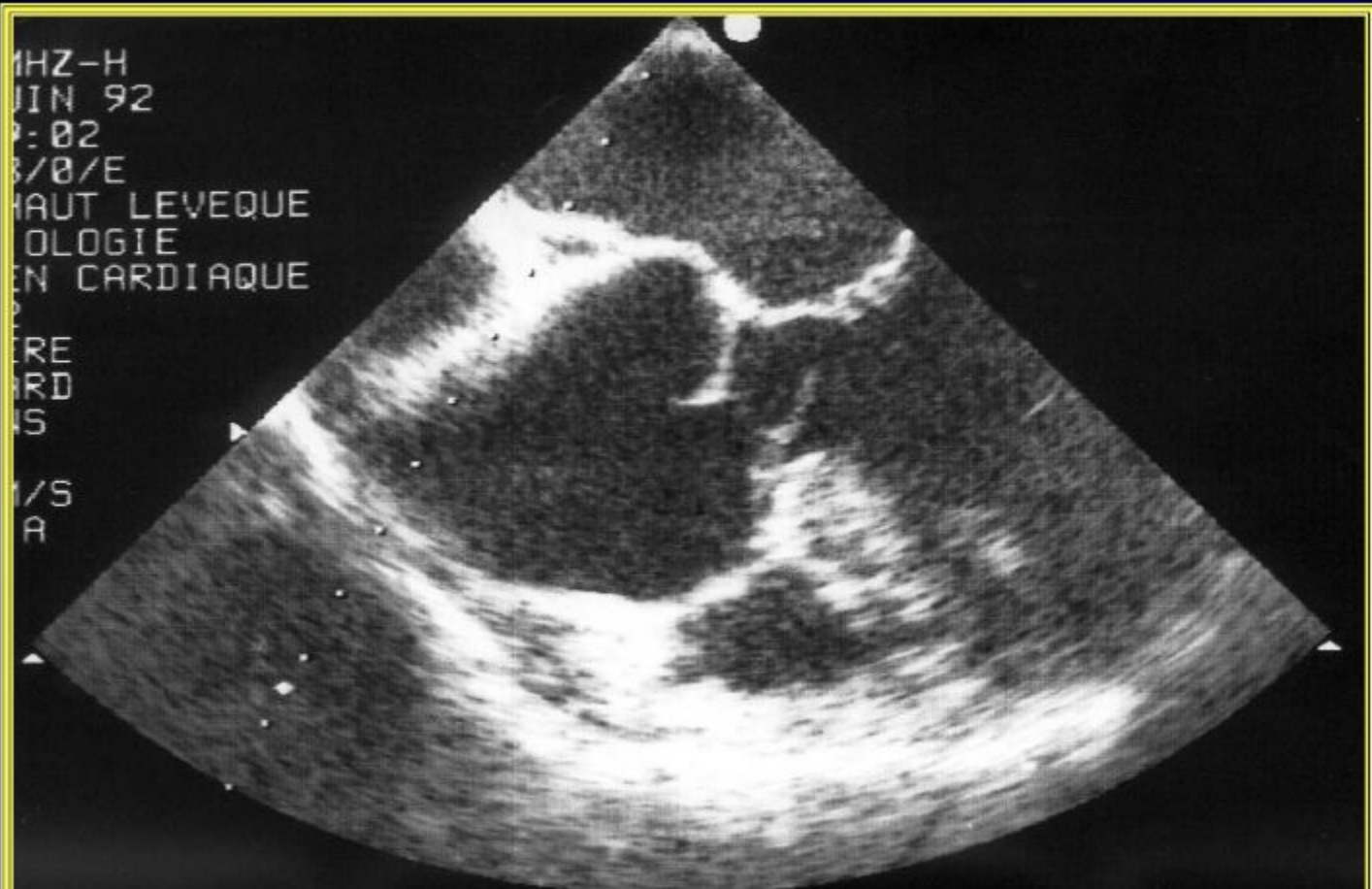
# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

IA aiguë : DA



# DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

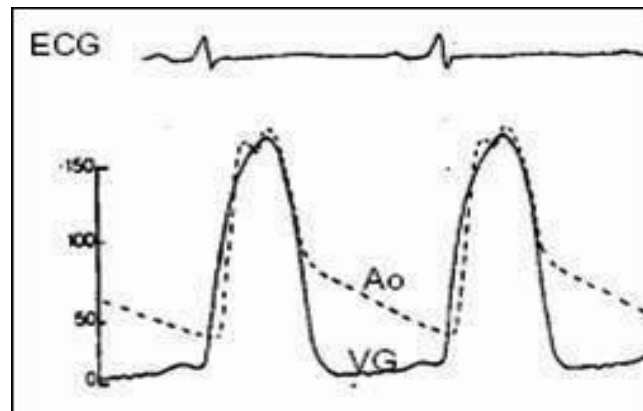
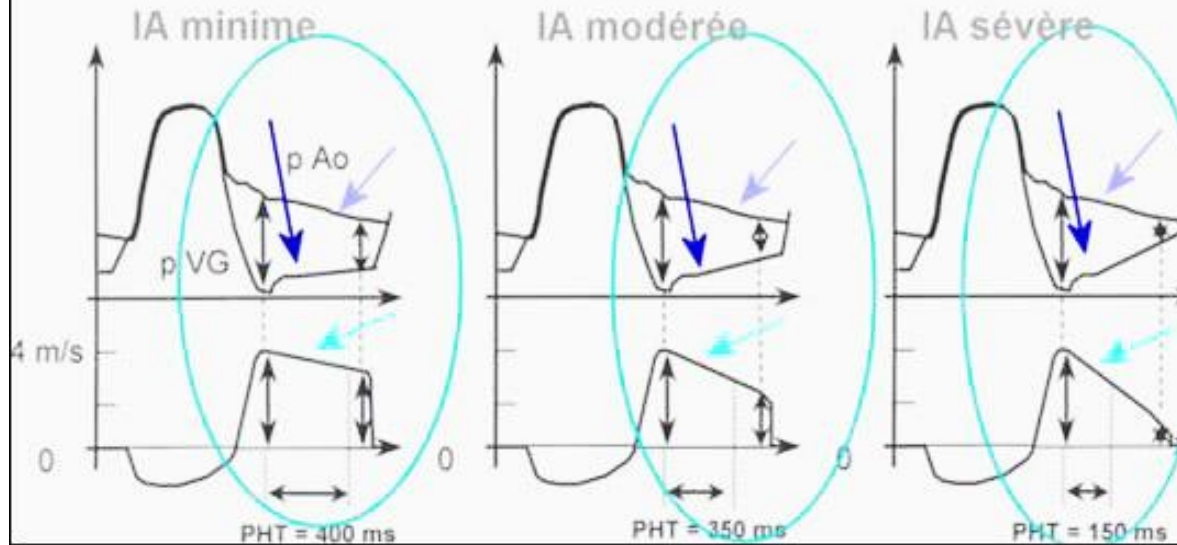
## IA aiguë : endocardite





# HEMODYNAMIQUE

**Courbes de variations de pressions VG et AO  
et de vitesses en Doppler Continu**



## **Coronarographie**

- Après l'âge de 40 ans
- Avant l'âge de 40 ans si multiples FDR cvx
- Cardiomyopathie dilatée évoluée avec fuite aortique peu importante: afin d'éliminer une cardiomyopathie ischémique associée.

**les opacifications iodées: angiographie sus-sigmoïd**

Evaluer :

la régurgitation à l'angiographie en aortographie  
sus-sigmoïdienne

# EVOLUTION SPONTANEE

## □ IA CHRONIQUE:

Angor: survie après la 1<sup>er</sup> crise = 3 ans

OAP: survie = 3 ans

IVD: mort dans un délai de 1 an

## □ IA AIGUE:

Insuffisance cardiaque brutale, précoce et sévère





# INDICATIONS CHIRURGICALES

## RECOMMANDATIONS ESC 2012

Indication de la chirurgie en cas de fuite aortique ou dilatation de la racine aortique

Fuite aortique sévère :

- |   |      |
|---|------|
| • Patient symptomatique (dyspnée en NYHA II, III, IV et angor).   | IB   |
| • Patient asymptomatique avec une FEVG au repos $\leq 50\%$ .   | IB   |
| • Patient devant être opéré d'un pontage aorto-coronaire ou de l'aorte ascendante ou d'une autre valve  | IC   |
| • Patient asymptomatique ayant une FEVG au repos $> 50\%$ mais une dilatation sévère du VG : un DTD $> 70$ mm ou un DTS $> 50$ mm (ou $> 25$ mm/m <sup>2</sup> S.C) | IIaC |

Quelle que soit la sévérité de la fuite aortique si le patient a une dilatation de la racine aortique avec un diamètre maximal

- |   |      |
|---|------|
| • $\geq 50$ mm dans le syndrome de Marfan   | IC   |
| • $\geq 45$ mm dans le syndrome de Marfan avec facteur de risque : progression du diamètre aortique $> 2$ mm par an, antécédent familial de dissection, désir de grossesse ou insuffisance aortique ou mitrale importante | IIaC |
| • $\geq 50$ mm dans la bicuspidie avec facteur de risque : antécédent familial de dissection, désir de grossesse, coarctation, HTA ou progression du diamètre aortique $> 2$ mm par an                                    |      |
| • $\geq 55$ mm chez les autres (y compris bicuspidie sans facteur de risque)  |      |

# TRAITEMENT

## ▣ CHIRURGICAL

- ▣ Prothèse mécanique
- ▣ Bioprothèse
- ▣ Bental (tube aortique +prothèse + Réimplantation des coronaires)

## ▣ MEDICAL: Insuffisance cardiaque

Prophylaxie de l'EI

Prophylaxie du RAA

