



Insuffisance mitrale aigue ischémique place de l'angioplastie coronaire. A propos d'un cas / Acute ischemic mitral insufficiency instead of coronary angioplasty. About a case report

BOUKERCHE Farouk¹, ALI Adam Ahamat²

Date de soumission 15 janvier 2020

RÉSUMÉ

Introduction. L'insuffisance mitrale ischémique est une complication fréquente et représente un facteur de mauvais pronostic. Sa prise en charge thérapeutique est difficile. L'objectif de ce travail est de réévaluer l'intérêt de la revascularisation par angioplastie en cas d'insuffisance mitrale ischémique importante.

Observation et conclusion. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 48 ans ayant comme facteurs de risque cardiovasculaire ; une hypertension artérielle non suivie et un tabagisme actif (20 Paquets/année) qui s'était présenté pour un syndrome coronaire aigu compliqué d'une insuffisance mitrale sévère et d'une insuffisance cardiaque gauche avec une altération de la fraction d'éjection ventriculaire gauche à l'échocardiographie. La coronarographie montrait une atteinte tritronculaire. La revascularisation complète par angioplastie a permis une bonne évolution à cinq (5) ans.

MOTS CLÉS :

-Insuffisance mitrale
-Ischémie myocardique
- Angioplastie.

ABSTRACT

Introduction. Ischemic mitral insufficiency is a frequent complication and represents a factor of poor prognosis. Its therapeutic management is difficult. The objective of this work is to reassess the value of revascularization by angioplasty in cases of significant ischemic mitral insufficiency.

Case report. We report the case of a 48-year-old patient with cardiovascular risk factors; unsuccessful arterial hypertension and active smoking (20 packs / year) presented for acute coronary syndrome complicated by severe mitral insufficiency and left heart failure with an alteration of the left ventricular ejection fraction on echocardiography. Coronary angiography showed tritronascular involvement. Complete revascularization by angioplasty allowed a good evolution at five (5) years.

KEYWORDS:

-Mitral insufficiency
-Myocardial ischemia
-Angioplasty.

INTRODUCTION

L'insuffisance mitrale (IM) ischémique est une complication redoutable durant le syndrome coronaire aigu (SCA), notamment par son mauvais pronostic et les incertitudes persistantes concernant les indications thérapeutiques. Elle peut être primaire lors d'un infarctus myocardique évolutif ou secondaire liée au remodelage

ventriculaire gauche.¹ L'IM ischémique primaire est souvent mal tolérée quand elle est importante et se manifeste par un tableau aigu d'insuffisance cardiaque gauche.² Nous rapportons un cas d'une IM ischémique pour réévaluer l'intérêt de l'angioplastie coronaire cette pathologie.

OBSERVATION

Il s'agit d'un homme âgé de 48 ans d'origine algérienne, sans antécédents particuliers ayant comme facteurs de risque cardiovasculaire ; une hypertension artérielle non suivie et un tabagisme actif (20 Paquets/année), a été hospitalisé au service de cardiologie en mai 2015 pour une prise en charge d'un SCA sans sus décalage du segment ST. Le délai de la douleur était de 4 heures. Il présentait une dyspnée stade IV de la New York Heart Association (NHYA). L'indice de masse corporelle était à 20Kg/m², sa température à 37,5°C, la pression artérielle à 100/60 mmHg, et sa fréquence cardiaque à 130 battements par minute. Le rythme cardiaque était irrégulier avec un bruit de galop et un souffle systolique d'IM 3/6ème. L'auscultation pulmonaire retrouvait des râles crépitants aux mi- champs pulmonaires.

A l'électrocardiogramme, il existait une tachycardie sinusale régulière à 130 cycles/min, et un sous décalage important (5 mm) diffus du segment ST associé un sus-décalage du ST en avr.

Le bilan biologique montrait une élévation importante des troponines à 1800 ng/l et de BNP à 34000 pg/ml.

A l'échocardiographie, (fig. 1) le ventricule gauche (VG) était modérément dilaté avec une hypokinésie antérieure et inféro-latérale. La fraction d'éjection ventriculaire gauche était à 45% (FEVG). Les pressions de remplissage du VG étaient élevées. Il existait une IM sévère avec une surface d'orifice régurgitant (SOR) à 46 mm². Les pressions artérielles pulmonaires étaient élevées à 85 mmHg. Les cavités droites n'étaient pas dilatées. Le péricarde était libre.

La coronarographie (fig. 2) réalisée en urgence montrait une atteinte tritronculaire : une sténose sub-occlusive de l'artère interventriculaire antérieure proximale, une sténose sub-occlusive de la 2^{ème} marginale gauche et deux sténoses très serrées au niveau du segment moyen et distal de la coronaire droite.

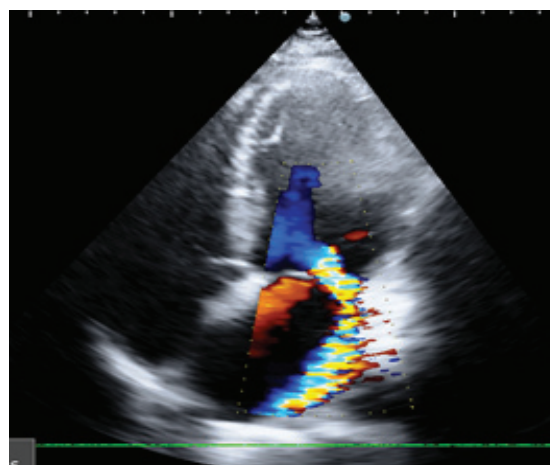
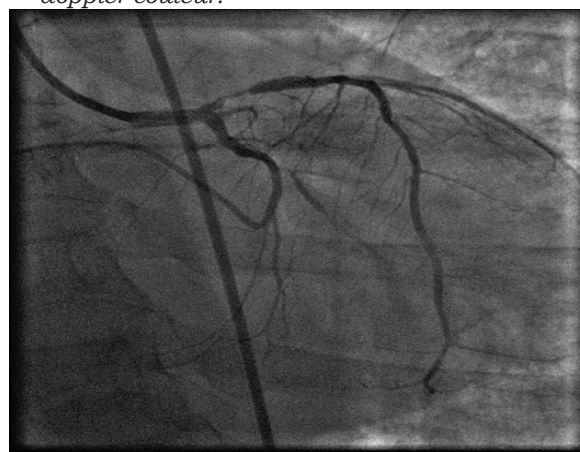


Fig. 1 : Echographie cardiaque montrant l'IM en doppler couleur.



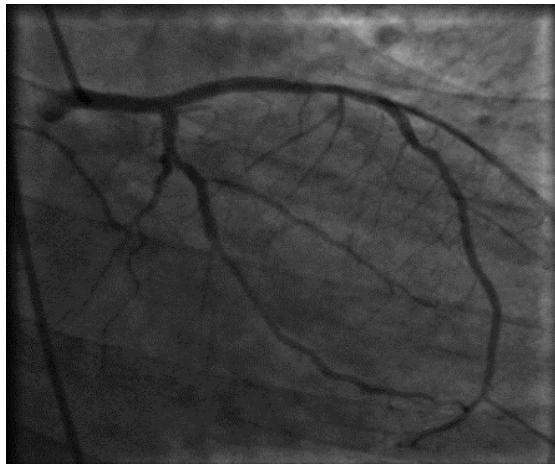
A



B

Fig. 2 : Coronarographie exposant l'atteinte tritronculaire. A : Réseau coronaire gauche. B : Coronaire droite.

Toutes les sténoses coronaires ont été traitées par angioplastie (fig. 3) avec un bon résultat angiographique et une amélioration clinique spectaculaire.



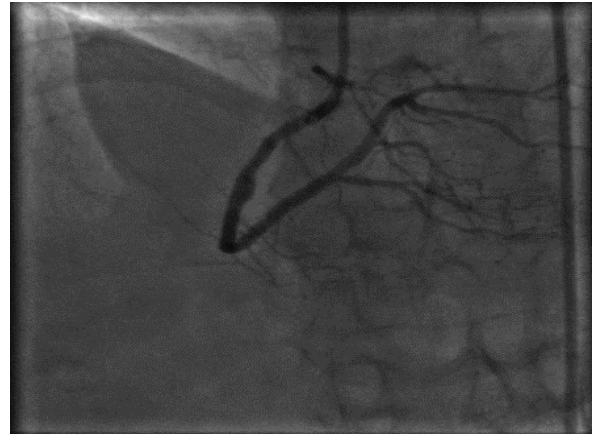
A

DISCUSSION

L'IM ischémique constitue un facteur prédictif négatif de mortalité cardiovasculaire.³ ses indications thérapeutiques demeurent toujours discutées. L'angioplastie coronaire a permis chez notre patient une réduction significative de l'IM et une évolution

CONCLUSION

L'angioplastie semble réduire efficacement l'IM ischémique si le patient est pris en charge tôt et la revascularisation est complète.



B

Fig. 3 : Images angiographiques post angioplastie. A : Réseau coronaire gauche. B : Coronaire droite.

Ensuite, Le patient a regagné son domicile après une semaine d'hospitalisation avec le traitement suivant : Bisoprolol 2,5mg/j, Ramipril 10mg/j, Spironolactone 25mg/j, Atorvastatine 80mg/j, Aspirine 100mg/j et Clopidogrel 75mg/j.

Depuis, le patient était suivi régulièrement. En octobre 2020 (soit 5 ans après), il était asymptomatique sous traitement médical. Le contrôle échocardiographique montrait une amélioration de la FEVG à 58% (versus 45%) et une nette régression de l'IM avec un SOR à 27 mm² (vers 45 mm²).

satisfaisante à cinq ans. Cependant, dans de nombreux cas, l'angioplastie seule ne suffit pas et le recours à la chirurgie est de règles pour les patients symptomatiques avec une IM ischémique sévère malgré un traitement médical optimal.⁴

Conflit d'intérêt : aucun.

RÉFÉRENCES

1. **Lancellotti P, Tribouilloy C, Hagendorff A, et al.** Recommendations for the echocardiographic assessment of native valvular regurgitation: An executive summary from the European Association of Cardiovascular Imaging. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging* 2013;14:611-44.
2. **Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, et al.** 2017 AHA/ACC Focused Update of the 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2017;70:252-89.
3. **Cho JY, Jeong MH, Ahn Y, et al.** Korea Acute Myocardial Infarction Registry Investigators. Different impact of mitral regurgitation on clinical outcomes according to timing of percutaneous coronary intervention in patients with non-ST segment elevation myocardial infarction. *Int J Cardiol* 2013; 168: 4872-4
4. **Báez-Ferrer N, Izquierdo-Gómez MM, Marí-López B, et al.** Clinical manifestations, diagnosis, and treatment of ischemic mitral regurgitation: a review. *J Thorac Dis* 2018;10(12):6969-6986. doi: 10.21037/jtd.2018.10.64

ABRÉVIATION : IM : Insuffisance Mitrale ; SCA : Syndrome Coronaire Aigu ; VG : Ventricule Gauche ; SOR : Surface d'Orifice Régurgitant ; FEVG : Fraction d'Ejection Ventriculaire Gauche