

Résultats postopératoires du remplacement valvulaire mitral chez des patients présentant une hypertension artérielle pulmonaire sévère (> 50 mmhg)

*Benalikhoudja H, Djenas M, El Halassi L, Chibane A, Sail R, Sayad Y,
Mehyaoui R, Boudiaf E*

*Service de chirurgie cardiovasculaire E Boudiaf
EHS Dr Maouche Alger*

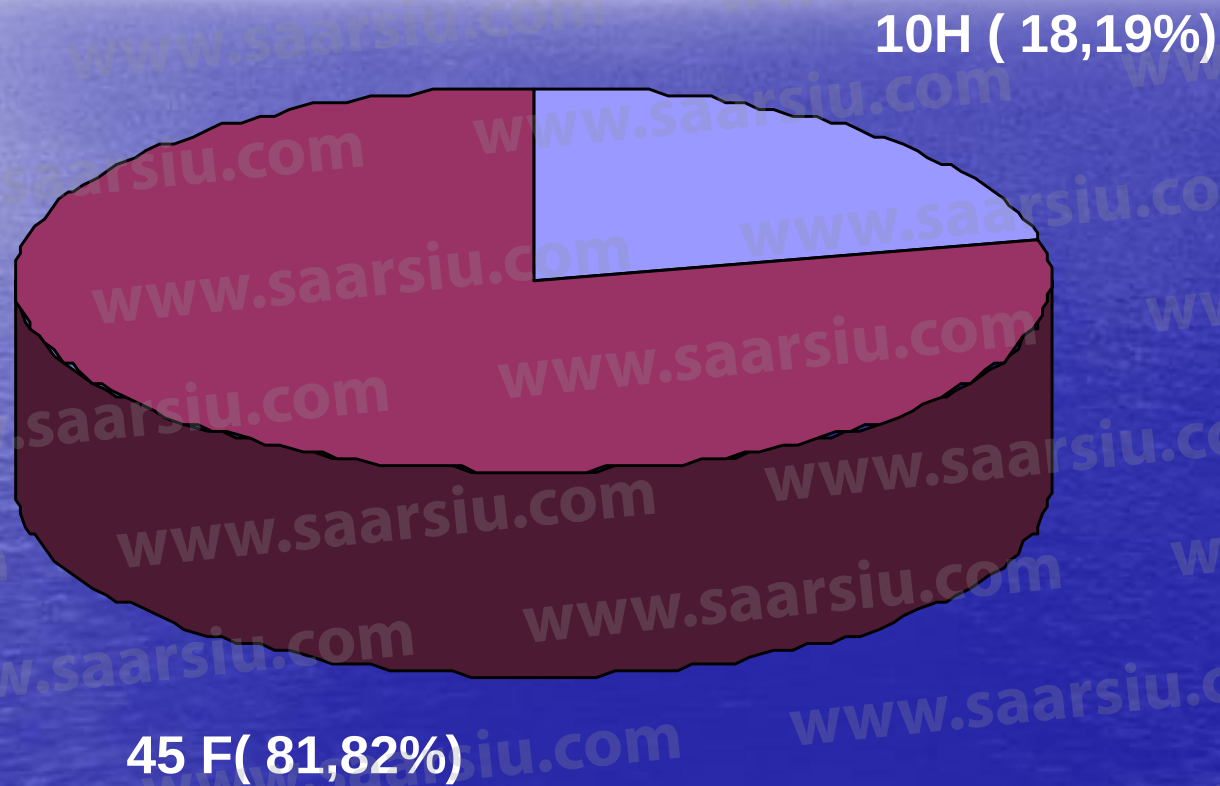
20ème Congrès de la SAARSIU
30 Janvier au 02 Février 2020

225 PATIENTS

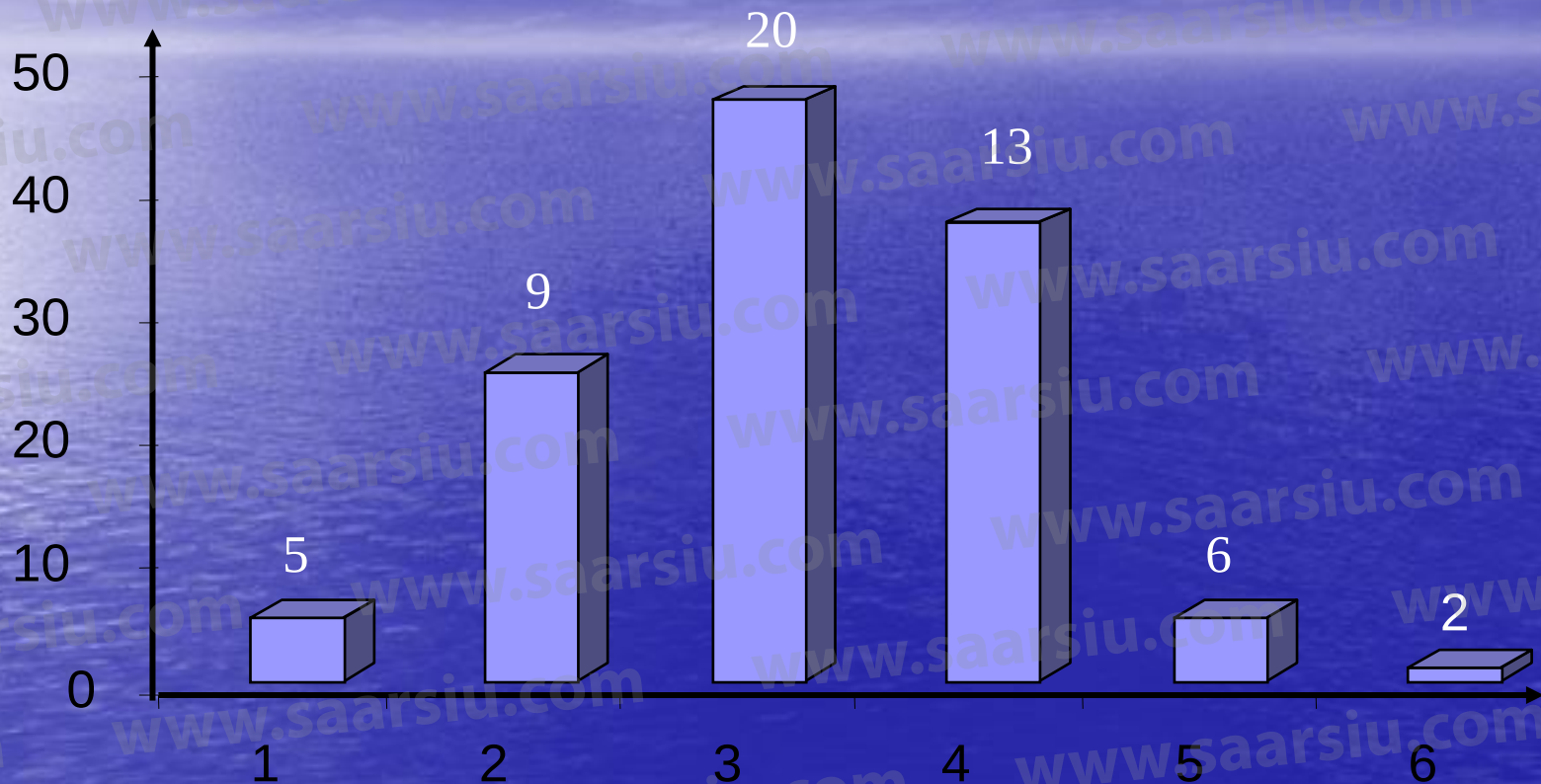
55 patients : HTAP >50mmHg

- **Atteinte mitrale :** **23**
- **Atteinte mitro - tricuspide :** **20**
- **Atteinte mitro - aortique :** **12**

Répartition selon le sexe



Répartition des patients selon l'âge



16 < 35,5 ans < 65

Antécédents

- **IC: 08**
- **AVC: 3**
- **Endocardite: 2**

Clinique

- **NYHA**

- II :

53

- III-IV:

02

- **Rythme Cardiaque:**

- R S:

35

- FA:

20

- **RCT :**

0,69

Echocardiographie préopératoire

- Valve mitrale : calcifiées: 55
- Valve tricuspide: 20
- Valve aortique : 12
- Thrombus OG : 01
- Taille de l'OG : $39 < 55 \text{ mm} < 82$
- Fonction myocardique :
 - FEVG : conservée
 - VD : $16 < 26 \text{ mm} < 45$
- **PAPS : 64 mm hg**

Gestes opératoires

- **Valve mitrale : Remplacement : 55**
- **Valve tricuspide: 20**
 - Insuffisance grade II à III : 18 (plasties)
 - Rétrécissement: 2 (commissurotomies)
- **Valve aortique : Remplacement: 12**

Mortalité Opératoire: 10, 6%

- **Décès peropératoire : 2**
(incompétence myocardique)
- **Décès postopératoire : 4**
 - **incompétence myocardique : 2**
 - **hémorragie : 1**
 - **endocardite : 1**

Morbidité Opératoire : 12,73%

- Troubles du rythme (tachycardia): 1
- Troubles de la conduction (BAV): 1
- Hémorragies postopératoires: 2
- Pulmonaire (infection) : 2
- Insuffisance rénale : 1

Résultats à Distance

- Revu à 5 ans :
- État fonctionnel : Stade I NYHA (tous les patients)
- La fonction ventriculaire gauche : conservée
- Gradient moyen transprothétique mitral : 5,84mmhg
- **PAPS :45mmHg**

Mortalité à distance **5,45%** **(accidents valves dépendants)**

- **Endocardite : 1**

- **AVC : 2**

Commentaires

- Mortalité opératoire
 - HTAP sévère (10,6%)
 - sans HTAP(7,64%)
- Mortalité à long terme:
 - avec HTAP(5,45%)
 - sans HTAP(5,29%)
- Réduction PAPS:19mmhg(29,6%)

Données de la littérature (I)

Auteurs	nombre	PAPS preop (mmHg)	Mortalité op (%)	Survie à 5 ans (%)	PAPS post op (mmHg)
Kabbani(Syrie: 1982)*	48	100	15	82	40
Vincens JJ(USA: 1995)**	43	60	11,6	76	38
Aris A(Espa: 1996)***	88	94	5,6	83	40,5
Robert A Germany 1998****	382	>50	10,5	87	42
Nirmal India 2013+++++	68	56:58.4 12:82.4	3.5 16.6		38.8 60.8

*ex Heart Inst J.1982 Sep ** Circulation 1995 Nov ***Ann Thorac Surg 1996 May

++++Eur J Cardiothorac Surg 1998 , +++++ J cardiovascular Surgery2013, 3 , 67 - 69

Données de la littérature (II)

Auteurs	Nombre	PAPS Preop mmhg	Mortalité op(%)	Survie a 5 ans(%)	PAPS post op (mmhg)
Khalta S Maroc 2015+	100	67.12	15		39.11
Bendada Maroc 2018 ++	40	70	5		42.47
Notre étude 2018	55	64,27	10,6	85	45

+ Khalta S, hopital md V Rabat These doctorat 2015

++ Bebdada hopital ibnSina Rabat These doctorat 2018

Conclusion

- HTAP sévère n'est pas une contre indication du RVM
- Les résultats à long terme sont bon avec réduction de la PAPS et un bon résultat fonctionnel
- L'enjeu d'un diagnostic précoce est de permettre la mise en place d'un traitement spécifique précoce
- l'objectif est d'améliorer le pronostic vital des patients en limitant la progression de la maladie
- Il faut opérer tôt, avant l'installation de l'HTAP sévère